UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos de idade, na comunidade de Mopeia (Moçambique)

José Braz Chidassicua

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Saúde Pública, Ciências Sociais e Sociedade Contemporânea.

Orientador: Prof. Dr. Rubens Camargo Ferreira Adorno

São Paulo

2011

Práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos de idade, na comunidade de Mopeia (Moçambique)

José Braz Chidassicua

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Saúde Pública, Ciências Sociais e Sociedade Contemporânea.

Orientador: Prof. Dr. Rubens Camargo Ferreira Adorno

São Paulo

2011

Direitos autorias reservados – É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos desde que figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Em homenagem póstuma: *Ao meu pai **Braz José Chidassicua** e irmãos:
Gonçalves e Emilio Chidassicua, por compartilharmos momentos ímpares e
inesquecíveis.*

AGRADECIMENTOS:

A DEUS pela saúde, proteção e coragem de desbravar o mundo em busca de meus idéias. Por iluminar diversos intervenientes que duma forma direta ou indireta deram seus contributos inestimável tanto para a dissertação como meu perfil acadêmico. **Muito obrigado a todos.**

Agradecimentos especiais vão:

Ao meu orientador, Prof. Doutor Rubens Adorno, pela confiança, animo e interesse demonstrado desde os primeiros contactos em Moçambique. Agradeço por compartilhar comigo com generosidade, competência e rigor seus conhecimentos nestes dois anos de orientação, que com compreensão e paciência me ensinou a cultivar os primeiros passos da pesquisa etnográfica e a desenvolver um olhar critico e científico sobre os fenômenos.

Aos professores que fizeram parte da qualificação do projeto, pré banca e banca final: prof. Dr. Expedito Luna de Almeida, e a prof. Maria da Penha. Muito obrigado pelas sugestões, contribuições e disponibilidade em todos os momentos da evolução da dissertação. A professora Penha, particularmente pelo carinho e amizade.

Ao Dr. Francisco Mbofana, Diretor científico do Instituto Nacional de Saúde, pela confiança e incentivo em me ver a progredir na vida Profissional e acadêmica.

Ao Prof. Dr. Carlos Subhuana, pelas sugestões e sucessivos apoios neste trabalho.

A MCT e CNPQ pela disponibilidade da bolsa de estudo para a realização do presente estudo.

Aos professores das diversas disciplinas, os quais eu cursei no programa da pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da universidade São Paulo. Agradeço os conhecimentos que me foram transmitidos.

A Comissão de Cooperação Internacional da Faculdade de Saúde Pública, particularmente a Viviane pelos sucessivos apoios prestados nos tramites de documentos para a minha permanência em São Paulo.

A professora Maria Tereza Moreira, pela revisão do texto e Isaac Paxé pela tradução do abstract. Muito obrigado pelo profissionalismo e amizade.

Aos meus colegas de trabalho do Instituto Nacional de Saúde, que responderam sempre com prontidão as minhas solicitações de busca de documentação e informação: Acácio Sabonte, Carlos Botão, Isabel Cambe, Assunção Moises, Clementina Jacares.

Ao José Bond, pela disponibilização da documentação cartográfica da localização da área de estudo.

Ao Dr. Baptista, diretor provincial da Zambézia e Dr. Lindo Celistino Gavicho, diretor distrital de saúde de Mopeia, pela autorização e apoio prestado no trabalho de campo.

A cada um dos sujeitos de pesquisa que aceitaram participar do estudo, abrindo as portas do passado e do presente para partilharem comigo as suas alegrias, tristezas, dores, angústias, expectativas, crenças e credo. À todos vos muito obrigado.

A minha esposa, Salma Esmael Chidassicua, e meu filho Waldyr que aceitaram a minha ausência, depositaram toda a confiança em mim e foram fontes de inspiração e suporte ao longo desta jornada.

A minha preciosa mãe, Celestina Sande, responsável do alicerce da minha educação, por tantas histórias e gestos singelos de carinho, amor, ensinamentos e suporte a mim e aos meus irmãos.

Aos meus irmãos: Domingos, João (Joãozinho), António, Ana, Casimiro e Manel, pelo incentivo, proteção, amor e por permitirem aprender sempre com as vossas experiências.

A todos aqueles que juntos compartilhamos momentos de alegria e tristeza em São Paulo, particularmente, Elidio Nhamona, Fatima Chauque, Anibal, Vicente Mandlate, Joaquim Maloa, Vitória Simão, Policarpo Fontes, Adélia Muela, Francisco Chicamisse, Papucides, Aida Binze, Júlio Nhandenha, Fabrício, Rosangela, Osania, Isabel Sousa, Ana Francisco, Mighian, Carlos Noriega, Helder Geovane, Franciele Lenz, Silene Silva, Silvana, Samuel Almeida, Vitor, Paulo Konte, Tiburcio, Martininho Luemba e Carlos Tavares. Muito obrigado pelos momentos ímpares e inesquecíveis.

CHIDASSICUA, José Braz **Práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos de idade, na comunidade de Mopeia (Moçambique)**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011

RESUMO

Estudo qualitativo que tem como objetivo compreender os significados socioculturais relacionados à saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos na comunidade de Mopeia tendo por objeto as campanhas sanitárias governamentais em Moçambique, particularmente, vacinação de crianças, utilização de redes mosquiteiras e amamentação exclusiva até os 6 meses de idade.

Através do método etnográfico e particularmente da observação participante, do uso de diário de campo e entrevistas semidiretivas, no sentido de captar as vinculações das práticas e saberes socioculturais com os elementos do contexto de vida da comunidade, realizou-se o trabalho de campo entre os meses de Julho e Setembro de 2010.

Os resultados apontam que certas praticas socioculturais relacionadas à falta de higiene e saneamento do meio, à não-amamentação exclusiva até os 6 meses, bem como ao uso incorreto das redes mosquiteiras, associadas às limitações na efetividade das intervenções sanitárias, podem estar contribuindo para a mortalidade de crianças menores de 5 anos por doenças preveníveis. Observou-se também que há falta de consonância entre os programas de intervenção de saúde pública, particularmente as medidas mecânicas para o controle de certas doenças preveníveis, como a malária e a diarreia, através de campanhas sanitárias e a realidade de vida das populações. Neste contexto, há necessidade de se articular as campanhas sanitárias com as práticas socioculturais da região, concomitantemente com a disponibilidade e expansão de infra-estruturas básicas, para que haja mais eficácia na intervenção das políticas de saúde pública na luta contra a redução da mortalidade de menores de 5 anos por doenças preveníveis.

Palavras-chave: Moçambique, amamentação, campanha sanitária, malária, vacinação, saneamento

CHIDASSICUA, Jose Braz. **Socio-cultural practices and awareness about health, disease and death of children aged between 0-5 at Mopeia Community (Mozambique)**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011

ABSTRACT

This qualitative study seeks to understand the socio-cultural meanings about health, disease and death of children aged between 0-5 at Mopeia community. Its object is the government run health campaigns in Mozambique, particularly children vaccination, mosquito nets use, exclusive breast feeding up to six years of age. By applying the ethnographic method, particularly through participative observation, field diary and interviews to capture the relationship between the practices, the socio-cultural knowledge and the individuals of the community, a field work was carried out between July and September 2010.

The results show that some socio-cultural practices like lack of hygienic practices and community sanitation, non exclusive breast feeding up to six years of age, the improper use of mosquito nets, associated to the shortage of health care assistance can be contributing to the mortality of children under five by preventable diseases. It was also observed that there is a mismatch between public health programs, particularly those addressed to preventable diseases like malaria and diarrhea and the reality of the community. Thus, there is the need to match the campaigns to the socio-cultural practices in the region, make available and expand infrastructure for primary health care to boost the efficacy of the intervention in public health policies aimed at fighting and reducing the death rates by preventable diseases of children under five years of age.

Key-words: Mozambique, breast feeding, health campaign, malaria, vaccination, sanitation.

Índice

DEDICATÓRIA.....	3
AGRADECIMENTOS:	4
RESUMO	7
ABSTRACT	8
ABREVIATURAS.....	13
Capítulo 1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos:	19
1.1.1 Objetivo Geral	19
1.1.2 Objetivos Específicos.....	19
1.2 Problematização e Justificativa	20
1.3 Ensaio Teórico	30
1.3. 1 Socialização primária.....	31
1.3.2 Socialização secundária.....	35
1.3.3 Breve análise histórica das práticas e saberes socioculturais sobre saúde e doença	37
1.3.3.1 Práticas e saberes socioculturais antes da penetração colonial.....	37
1.3.3.2 Práticas e saberes socioculturais sobre saúde e doença na época colonial	39
1.3.3.3 Práticas e saberes de saúde e doença no Período da Independência.	42
1.4 Marco conceptual: campanha sanitária.....	45
1.4.1 Elaboração de uma campanha.....	46
Capítulo 2: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	49

2.1 Caminhando em direção ao campo: Cidade de Quelimane	51
2.2 Chegando a Mopeia	54
2.3 Educação	57
2.4 Saúde.....	59
2.5 Iniciando a caminhada de campo.	60
2.6 Sujeitos de pesquisa.....	60
2.7 Entrevistas semidiretivas.	65
2.8 Contribuição da observação e uso de diário de campo.....	67
2.9 Ele é um inspetor da saúde: A minha “conversão” ou aceitação no campo.	68
2.10 Aspectos éticos da pesquisa.	70
2.11 Saindo do campo.....	71
Capítulo 3: CAMPANHA DE AMAMENTAÇÃO	72
3.1. Práticas e saberes sócio culturais sobre amamentação.	73
3.2 Cerimônia pós-parto e morte de uma criança.....	78
3. 2.1 Cerimônia pós-parto “Mazade”	78
3.3. Início da alimentação de um bebê segundo a concepção das mães.	82
3.4 Concepções nativas do processo saúde-doença.....	87
3.4.1 Causas naturais da diarreia.	88
3.4.2 Causas sobrenaturais da diarreia.....	89
3.4.3 Violação da cerimônia pós-parto	89
3.4.4 Cerimônia pós-morte de uma criança.....	92
3.5 AMAMENTAÇÃO E HIV/SIDA.....	97

3.5.1 Política e Estratégias Relacionadas à PTV	97
3.5.2 Fábrica de Antirretrovirais.	103
3.5.3 Prováveis causas de desistência do TARV e da PTV	105
3.5.4 O HIV/SIDA diante do casamento prematuro.....	107
3.5.5 Conhecimento sobre HIV/SIDA	110
3.5.6 Crenças na batata africana como paliativo.....	112
3.5.7 Prováveis razões sobre a perda de eficácia da batata africana	113
Capítulo 4: SANEAMENTOS DO MEIO E HIGIENIZAÇÃO	115
4.1 Fecalismo a céu aberto	116
4.2 Rio Cua-Cua	118
4.3 Higienização dos utensílios.	121
4.5 Higienização das mãos: Sabão e cinza	122
Capítulo 5: CAMPANHA CONTRA A MALÁRIA	125
5.1 Diagnóstico e tratamento da malária	126
5.2 Concepções sobre cartaz da campanha da luta contra a malária.	128
5.3 Conhecimentos dos sintomas da Malária	132
5.4 Redes mosquiteira e a pesca.....	135
5.5 Pulverização	137
5.6 Rede mosquiteira e a cerimônia pós-morte.	140
Capítulo 6: CAMPANHAS DE VACINAÇÃO	141
6.1 Serviços de Vacinação em Mopeia.....	143
6.2 Cartão de vacinação	144

6.3 É preciso fechar o corpo de uma criança	147
6.4 Conhecimentos de vacina	149
CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
BIBLIOGRAFIA.....	156
Anexos:.....	166
Anexo1: Ficha de identificação da criança falecida.	166
Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	167
Anexo 3: Termo de compromisso do pesquisador	169
Anexo 4: Guião de entrevista semidirectiva.	170
Anexo 6: Cartas de aprovação no comitê de Ética de Moçambique e Brasil.....	173
Anexo 7: Currículo do pesquisador e orientador	176

ABREVIATURAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
DO	Diário de Óbito
DPS	Direção Provincial de Saúde
FRELIMO	Frente de libertação de Moçambique
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IDS	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
IRA	Infecção Respiratória Aguda
MAE	Ministério de Administração Estatal
MISAU	Ministério da Saúde (Moçambique)
NV	Nados –Vivos
ODM	Objetivo de desenvolvimento do milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não governamental
RENAMO	Resistência Nacional de Moçambique
PC	Processo Clínico
PIDOM	Pulverização Intradomiciliária
PCR	Reação de Cadeia Polimerase
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV	Tratamento Antiretroviral
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

Capítulo 1. INTRODUÇÃO

Desde minha graduação em História na Universidade Eduardo Mondlane em 2005, sempre tive desejo de fazer o mestrado. Havia alguns caminhos possíveis, mas a escolha de permanecer trabalhando no Ministério da Saúde de Moçambique, numa área multidisciplinar de investigação em saúde pública, bem como a necessidade de uma interlocução com a área das Ciências Sociais, levaram-me à Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, visando a obtenção de uma bolsa de estudo através da cooperação entre o Governo de Moçambique (Ministério de Ciência e Tecnologia - MCT) e o Governo brasileiro (por meio do CNPQ).

Nesta instituição, através do Departamento Saúde Materna e Infantil e da linha de pesquisa de Saúde Pública, Ciências Sociais e Sociedade Contemporânea, encontramos respaldo teórico e metodológico para o desenvolvimento da presente pesquisa de mestrado.

A proposta de trabalhar com o nosso tema nasceu, em 2008, quando o Dr. Francisco Mbofana, investigador principal do Instituto Nacional de Saúde, sugeriu que fizesse parte de uma equipe multidisciplinar para ser, juntamente com Mussagy Mohamad, coordenador do primeiro estudo nacional sobre mortalidade infantil. A experiência adquirida neste estudo foi fundamental para que decidíssemos que a comunidade de Mopeia seria escolhida como a nossa área de estudo.

Os resultados do referido estudo, com uma abordagem biomédica e epidemiológica, baseando-se na autópsia verbal¹, mostraram que ao mesmo tempo em que se tem verificado uma tendência relativa de redução da taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de 238/1000 NV em 1992 para 138/1000 NV em 2008, observa-se que muitas crianças morrem por causas evitáveis como a malária, IRA e desnutrição. A nível nacional, a província da Zambézia, em particular o distrito de Mopeia, localizado na região do baixo Zambeze, mesmo com diversas campanhas sanitárias, apresentava a maior concentração desta taxa nos últimos 10 anos (MISAU, 2008b). Surgiu assim a necessidade de compreender até que ponto as práticas e saberes socioculturais no tocante à saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos na comunidade de Mopeia, articuladas com as campanhas sanitárias em prol da amamentação, vacinação e uso de rede mosquiteira, têm contribuído para a elevada taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos.

Com base na perspectiva subjetiva, na qual o indivíduo constrói e interpreta culturalmente, dentro do meio social, o significado da saúde, doença e morte, alguns estudos feitos por MENESES (2009), GRANJO (2009), mostram que a concepção do que é saúde e doença em Moçambique, está muito ligada a questões socioculturais. Muitas vezes as campanhas sanitárias podem até produzir oralidade no seio da comunidade, mas a informação por si só não tem sido suficiente para influenciar a mudança de certos hábitos e comportamentos. Assim, é necessário que

¹ De acordo com KING & LU (2005), autópsia verbal é uma técnica que estima a distribuição da causa da morte na população por meio de entrevista as famílias ou cuidadoras da pessoa falecida nas áreas onde há elevada subnotificação e baixa cobertura de informação sobre a certificação da causa da morte. Ela envolve a recolha de informações relacionadas aos sintomas da causa da morte, sinais e circunstâncias da morte.

o Estado intervenha com ações concretas de saúde pública que entrem em consonância com o contexto de vida da população.

A presente dissertação está estruturada em introdução, 6 capítulos, considerações finais, bibliografia e anexos. No primeiro capítulo, apresentamos um breve historial das práticas e saberes socioculturais com base no ensaio teórico sobre a teoria da construção social da realidade da vida cotidiana ao longo do processo de socialização de BERGER e LUCKMAN (2004). Especial atenção é dada à problematização das práticas e saberes socioculturais desde a época pré-colonial até os nossos dias.

No segundo capítulo, tratamos das questões metodológicas relacionadas com o trabalho. A escolha da contribuição do método etnográfico foi no sentido de buscarmos uma abordagem que não negligenciasse a experiência com práticas e saberes da comunidade em relação ao processo de saúde, doença e morte de crianças, bem como à sua interação na vida social. Na etnografia, através da contribuição da observação participante e o uso de diário de campo, procuramos manter uma observação atenta e constante das práticas e saberes da comunidade de Mopeia. Aqui abordamos também a caracterização da área de pesquisa, particularmente o sistema de educação, saúde e aspectos socioeconômicos da área de estudo.

O terceiro capítulo debruça-se sobre a concepção que tem a comunidade de Mopeia dos processos saúde-doença, tendo por objeto o cartaz de amamentação. Em particular, procuramos compreender as crenças e práticas socioculturais que têm influenciado a não- amamentação exclusiva por seis meses, por conta da realização da cerimônia pós-parto denominada “Mazade”. Ainda neste capítulo, apresentamos

uma breve discussão sobre a atual política de amamentação no contexto de HIV/SIDA e alguns entraves que têm contribuído para a desistência do PTV e do TARV.

No quarto capítulo procuramos compreender as limitações das intervenções do governo no âmbito das campanhas de promoção do saneamento do meio e higiene. Os argumentos desenvolvidos procuram demonstrar que certas práticas desenvolvidas pela população, como o fecalismo a céu aberto, higienização e consumo de água imprópria, são devidas aos poucos investimentos que o Estado vem efetuando na comunidade.

No quinto capítulo, tendo por objeto a campanha de distribuição gratuita das redes mosquiteiras, particularmente às mulheres grávidas, parturientes e às que têm filhos menores de 5 anos, procuramos compreender as práticas que têm influenciado o uso indevido da rede mosquiteira. E em que medida as intervenções do governo, através de medidas de diagnóstico, tratamento e controle vetorial, têm contribuído para o combate à malária. Não obstante, com base no olhar da comunidade, apresentamos alguns motivos que contribuem para o acionamento de dois sistemas de tratamento: a medicina tradicional e a ocidental, mas com forte tendência ao primeiro.

No sexto e último capítulo, abordamos a questão da vacinação. Procuramos mostrar que embora esteja ocorrendo uma boa adesão da população às campanhas de imunização, ainda existe falta de consonância entre os programas do governo e o contexto sociocultural da população

Nas considerações finais do estudo abordamos a complexidade das práticas e saberes sobre saúde, doença e morte na comunidade de Mopeia, tendo por objeto as campanhas sanitárias. Com um olhar crítico, procuramos mostrar que as intervenções do sistema de saúde, devem ser baseadas no conhecimento e adequadas às especificidades culturais das populações a que se destinam.

Em seguida, segue-se a bibliografia e alguns anexos de trabalho de campo, tais como a aprovação da comissão de ética do Brasil e Bioética de Moçambique, Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e questionários usados no campo.

1.1 Objetivos:

1.1.1 Objetivo Geral

- Compreender os significados socioculturais relacionados à saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos na comunidade de Mopeia tendo por objeto as campanhas sanitárias governamentais em Moçambique, particularmente, vacinação das crianças, utilização das redes mosquiteiras e amamentação exclusiva até os 6 meses de idade.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as práticas e saberes socioculturais no uso das redes mosquiteiras, higienização e saneamento de meio e amamentação das crianças de 0 a 6 meses de idade;
- Identificar a percepção que a comunidade tem sobre a vacinação de crianças;
- Analisar o processo saúde - doença, a partir da fala da comunidade do distrito de Mopeia, relacionado à mortalidade de crianças entre 0 a 5 anos de idade;

1.2 Problematização e Justificativa

A mortalidade infantil é assunto recorrente em diversos estudos em Moçambique e no mundo. Ela serve como base para analisar as condições de saúde infantil e o nível socioeconômico de uma população, sendo um indicador sensível para estimar a qualidade das condições assistenciais, socioambientais e dos serviços sociais e de saúde de uma determinada localidade.

Em 25 de Junho de 1975, Moçambique ganhou a independência após 10 anos de luta armada contra o regime colonial português. Na época colonial, devido ao regime fascista, poucos moçambicanos tiveram acesso aos serviços de saúde. Alguns estudos referentes à época colonial mostram que durante a primeira metade do século XX até a década 50, um terço das crianças moçambicanas morriam por doenças relacionadas à malária, doença de sono e bilharziose (esquistossomose) (INE, 2005).

Em 24 de Julho de 1975, um mês depois de ter sido proclamada a independência, ocorreu a nacionalização da medicina. Este ato trouxe algumas consequências negativas para a área da saúde, tais como: funcionamento dos hospitais em regime de urgência, provocado pelo afluxo maciço da população, êxodo dos médicos portugueses e encerramento de várias unidades sanitárias. Para suprir a falta de médicos, o governo da FRELIMO assinou acordos de cooperação com os países socialistas. Neste contexto, começaram a chegar a Moçambique alguns médicos cooperantes de países socialistas. Além disso, houve absorção do pessoal não-qualificado proveniente das clínicas privadas devido à saída maciça dos técnicos de saúde do regime colonial português.

Em 1976 foi elaborada a primeira política nacional de saúde de acordo com o modelo de assistência à saúde da população, assentado nos cuidados primários de saúde. Nesta política, as mulheres e as crianças foram definidas como prioridade, não só por constituírem grupos vulneráveis, mas pelo fato da ONU, ter decretado que o período de 1975 a 1985 seria considerado como “Década da Mulher” (LOURENÇO & TYRRELL, 2009; MISAU 2006).

Neste contexto, em 1977, foi criada dentro da Direção Nacional de Saúde a seção de Proteção à Saúde Materno-Infantil (SMI) com ênfase na atenção pré-natal, parto e pós-parto (MISAU, 2008). Um dos objetivos do governo era de transformar um sistema que servia essencialmente a burguesia colonial, em um sistema de saúde que servisse o povo. Este objetivo ficou claro quando ainda no ano de 1977, a FRELIMO, no seu 3º congresso, declarou-se um partido pró-marxista e estabeleceu, como estratégia, a transformação socialista da sociedade moçambicana (INE, 2005). Destarte, no âmbito do programa de cuidados primários de saúde, o governo passou a dar ênfase especial ao setor preventivo, através da expansão de unidades sanitárias, estabelecendo agentes sanitários de base, capazes de prestar cuidados de saúde à comunidade, além de empenhar-se na promoção da saúde através de diversas campanhas sanitárias (MENESES, 2009). Estas e outras ações do governo contribuíram para uma redução relativa da mortalidade de crianças de 0-5 anos entre 1977 a 1982, passando de 250/1000 NV para 198/1000 NV, respectivamente. (INE, 2005; INE, 2009)

Mas esta redução da taxa de mortalidade infantil, assim como outras metas traçadas para a reconstrução nacional e melhoria do nível de vida da população moçambicana, particularmente na área de educação, saúde e habitação, tão cedo

começaram a ser minados por diversos fatores tais como a instabilidade política, econômica e social devido à guerra civil (1976-1992) entre a RENAMO (Resistência Nacional de Moçambique) e a FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique), e a estiagem prolongada no início da década 1980. Estes fatores contribuíram para uma elevada taxa de mortalidade infantil de crianças menores de 5 anos, entre 1982 a 1992. Durante este período a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos evoluiu de 195 para 238/1000 NV (idem).

Em 1982, na tentativa de retirar o país da crise em que se encontrava, o governo da FRELIMO começou a estabelecer contactos com o Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI). Como condição básica para obter ajuda, teve que aceitar que as organizações não governamentais (ONGs), fossem encarregadas da distribuição de ajuda ao povo e assumissem o pacote de ajustamento estrutural. (SOUSA JR, 2002)

Desta forma, em Janeiro de 1987 foi introduzido o Programa de Reabilitação Econômica (PRE) para tentar estabilizar a queda continua dos índices económicos. O PRE na essência envolvia reformas institucionais e o estabelecimento de políticas setoriais com base nos seguintes objetivos gerais: criar as condições necessárias para um crescimento económico a médio e longo prazo; reduzir as distorções financeiras domésticas e as despesas públicas, particularmente dos setores sociais. Perante esta política, o orçamento do Estado para a área de saúde, uma das áreas consideradas prioritárias para o desenvolvimento do país, decresceu através de contenção de salários e despesas (JOSÉ, 2006).

Em termos de economia, a introdução deste programa marcou o início da abertura da economia de mercado em detrimento da uma economia centralizada e planificada que havia sido adotada pela FRELIMO em 1977.

Em 1992 com assinatura de acordos de paz entre a FRELIMO e a RENAMO e posterior realização de eleições democráticas e livres em 1994, 1999, 2004 e 2009, todas ganhas pela FRELIMO, estabeleceu-se um clima de estabilidade política, econômica e social. Este contexto contribuiu para que a taxa de mortalidade infantil, particularmente de crianças menores de 5 anos, tivesse uma relativa redução entre 1992 a 2008. Ao longo deste período verificou-se uma redução de 238 para 138/1000 NV (INE, 2009). Por um lado, a referida redução, está relacionada à melhoria das condições de saúde (programas de pulverização intradomiciliária; melhoria no diagnóstico e tratamento da malária e sarampo; relativa melhoria de atendimento, condições de higiene, limpeza e alimentação dos doentes nos hospitais) providenciadas pelo governo e seus parceiros, tanto nas áreas urbanas como rurais, e por outro lado, a oferta dos serviços de saúde para a prevenção de algumas doenças, através de diversas campanhas de vacinação, saneamento de meio e outras.

Diversos estudos têm sido feitos para a compreensão da mortalidade infantil em Moçambique. A maior parte destes estudos, com caráter epidemiológico, tem abordado a mortalidade infantil sob a perspectiva do paradigma biomédico. De acordo com BARROS (2002), o paradigma biomédico tem as suas origens no renascimento com a revolução científica e cultural. Este modelo, que apresenta uma visão reducionista, mecanicista do corpo e individualista dos eventos relacionados à saúde e à doença, muitas vezes ignora os determinantes socioculturais desses eventos (GONÇALVES, 2004). Com base numa perspectiva redutora de quem vê a doença e

o órgão, este paradigma desvaloriza a tradução subjetiva da doença. Ele tem uma tendência a colocar as questões socioculturais que não estão relacionadas à variável sexo, idade e raça, fora do contexto da sua análise. Tal fato poderá estar relacionado com a formação acadêmica e técnica dos profissionais de saúde, como menciona BASTOS & LEVY (1987)

“ É assim natural que os estudantes de medicina e a maioria dos médicos não se interessem pelas abordagens de pendor socio-antropológico da saúde e desprezem manifestamente as práticas que outros sectores promovem sob a categoria de “medicinas populares” e “medicinas alternativas”, ou seja, as práticas e saberes ligados à doença e à cura que não são os da ciência médica” (p.221).

Moçambique é um país complexo e multiétnico². A contínua redução da taxa de mortalidade infantil deve ser analisada não só através de uma análise científica, pela ciência médica, dos fatores que condicionam a saúde de uma comunidade (MISAU, 2007a), mas também através da contribuição das ciências sociais quanto à percepção da comunidade sobre o processo saúde, doença e morte infantil. Como explica GONÇALVES (2004):

A saúde, doença e cura são portanto constructos sociais que não podem ser estudados de forma isolada, isto é, não podemos compreender as reações à doença, morte ou outros infortúnios sem compreender o tipo de cultura que determinados povos foram assimilando ao longo de gerações.(p.162)

Reforçando esta idéia, KLEINMAN, (1992); HELMAN, (1994), fazem uma distinção entre a dimensão biológica da doença enquanto patologia (disease), onde ocorrem as alterações ou anomalias do sistema biológico, independentemente do

² Em Moçambique existem diversos grupos etnolinguísticos tais como Maconde em Cabo Delgado; Chuabo na Zambezia; Sena em Sofala; Matsua em Inhambane, Ronga e Changana em Maputo, entre outros.

reconhecimento ou percepção pelo indivíduo ou pelo ambiente familiar e a dimensão cultural da doença, enquanto enfermidade (illness), onde ocorre a percepção da doença carregada de significações e acompanhada de sua representação social, individual ou coletiva. KLEINMAN (1992, p.252) assim se expressa:

“No paradigma biomédico ocidental, patologia significa mau funcionamento ou má adaptação de processos biológicos e psicológicos no indivíduo; enquanto enfermidade (estar doente), representa reações pessoais, interpessoais e culturais perante a doença e o desconforto, imbuídos em complexos nexos familiares, sociais e culturais. Dado que a doença e a experiência de doença fazem parte do sistema social de significações e regras de conduta, elas são fortemente influenciadas pela cultura e por isso socialmente construídas.”

Este aparente desencontro dos dois paradigmas na prática clínica e nos cuidados primários de saúde, bem como a compreensão de que o paradigma biomédico não é suficiente para abordar toda a problemática ligada à saúde, doença e morte infantil com base em questões biológicas, têm levado muitos profissionais e pesquisadores a se interessarem pela explicação dos fenômenos saúde, doença e cura a nível social e cultural, de acordo com o ponto de vista individual ou coletivo de uma determinada sociedade ou comunidade (BASTOS & LEVY, 1987; HELMAN, 1994, LAPLANTINE, 1991; KLEINMAN, 1992; ALVES, 1994; GRANJO 2009; MENESES, 2009). Para eles a doença e o processo de cura estão ligados a fatores socioculturais da sociedade. As crenças, atitudes e práticas relacionadas ao sistema de saúde são inerentes à cultura e cada indivíduo é formatado dentro do seu meio social.

Pelo fato das noções da saúde, doença e morte serem construídas social e culturalmente, o seu sentido deve ser buscado junto às pessoas que as utilizam,

como único meio de poder entender as estratégias sociais que são acionadas nos processos de manutenção e recuperação da saúde (GONÇALVES, 2004). Para HELMAN (1994), um dos representantes da antropologia filiada à medicina anglo-saxônica, conhecer as significações destes fenômenos do processo saúde-doença de acordo com a percepção da comunidade será essencial para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população em relação a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos da comunidade frente às campanhas de saúde pública.

Em Moçambique, enquanto o sistema biomédico está evoluindo em tecnologias e especializações, a saúde, doença, tratamento e mortalidade continuam sendo elementos influenciados diretamente por crenças, percepções, religiosidade, hábitos tradicionais e relações de poder. E a população circula, particularmente, em duas alternativas de saúde que se sobrepõem: a popular (medicina tradicional) e a medicina científica ocidental. Nas zonas rurais há uma forte tendência da população a apegar-se mais à medicina tradicional do que à científica ocidental. (HOWANA, 2003; GRANJO, 2009; MENESES 2009). Portanto, a redução da taxa da mortalidade infantil passa também pela análise destas alternativas de saúde. HOWANA (2003 p.239) assinala que, apesar desta aparente tensão entre a biomedicina e a medicina tradicional, no contexto moçambicano estas duas medicinas não podem ser consideradas como duas formas contraditórias e incompatíveis de assistência médica. Na verdade elas constituem meios alternativos da assistência médica, iguais a outras formas de medicina como a homeopatia ou a

cura religiosa. Tanto a medicina tradicional como a moderna, constituem meios disponíveis, alternativos e por vezes, complementares, para lidar com a saúde, a doença e o mal-estar social.

A nível urbano e rural, o governo provincial de saúde da Zambézia, aliado aos seus parceiros de cooperação, tem efetuado diversas campanhas de saúde pública, particularmente no tocante à saúde das crianças (campanha de vacinação, suplemento de vitaminas, saneamento de meio, etc). Mesmo assim, a taxa da mortalidade infantil continua alta na Zambézia, particularmente no distrito de Mopeia, em comparação com os níveis desejados. Destarte, surge também a necessidade de se verificar o entendimento ou a visão da comunidade em relação às campanhas³. Como é que elas assimilam as mensagens.

Portanto, se a maior parte da população do distrito de Mopeia, particularmente as mães e as crianças, tem sido beneficiada pelas campanhas de acordo com as declarações oficiais do MISAU⁴(DPS Zambezia, 2008), é preciso entender qual interpretação este grupo faz das mensagens veiculadas nas campanhas. E também por quais modelos interpretativos a doença é concebida, como a sua etiologia é pensada e de que maneira as propostas preventivas e as terapias fazem sentido para a população.

PASSADOR e THOMAZ (2006) alertam que de nada ou quase nada valem as campanhas de saúde pública que não levam em conta de que forma as

³ Entende-se aqui por campanhas o conjunto de operações técnicas levadas a cabo por MISAU desde a educação sanitária à prestação de serviços como vacinação, distribuição de cloro e redes mosquiteiras. Mas voltaremos abordar este assunto na parte de resultados e discussão.

⁴ De acordo com o relatório da DPS Zambézia (2008) as campanhas sanitárias governamentais têm atingido uma cobertura acima de 85%.

pessoas interpretam a saúde, a doença e a cura. Para estes autores, em Moçambique, as percepções desses eventos por parte da população estão ligadas às relações:

“cosmológicas, de vizinhança e de parentesco, universos difíceis de penetração por parte de indivíduos e ONGs que têm a cabeça pré-moldada quanto ao que deve ser feito na luta contra a doença.” p.274

Em algumas regiões de Moçambique, como a província de Nampula e Zambézia, a campanha de distribuição de cloro pelo governo para a prevenção de doenças diarreicas, particularmente a cólera, em diversos poços foi mal interpretada pela população. Para eles a cólera estava sendo causada pelo governo e extensionistas das ONGs (Organizações não-governamentais) através da distribuição de cloro (SERRA, 2003; CONSO, 2010; JECO, 2010). Tal fato poderá ter ocorrido, não por uma mera ignorância da população, mas porque a campanha sanitária efetuada pelo governo e seus parceiros não levou em conta as crenças ou a percepção da comunidade.

Um cenário idêntico se verificou na província de Manica, em Chimoio, em relação à campanha do uso de preservativos de marca “Jeito,” financiados na década 1990 pela USAID – United States Agency for International Development – a maior financiadora das políticas de controle da epidemia implantadas em Moçambique. Pelo fato dos formuladores da campanha de promoção do uso de preservativo não terem consultado previamente as igrejas pentecostais e seus adeptos, majoritariamente pobres e moradores das áreas “rurais”, a promoção de preservativos acabou por produzir rumores e ser desastrosa.

Os pastores e adeptos da igreja pentecostais e independentes africanas, baseando-se em slogans ambíguos, com conteúdo sexualizado e erotizante, passaram

a disseminar no seio da comunidade pentecostal e fora dela, a crença de que a campanha do uso dos preservativos estava ajudando a introduzir e a disseminar a epidemia de HIV/SIDA através da prostituição e da “promiscuidade”, geradas pela crise econômica no pós-guerra civil (PFEIFFER, 2004). Desta forma, podemos observar que é no contexto que é construída a concepção de saúde e doença, da qual subsequentemente se apropriam os interessados. Portanto, neste cenário, a mortalidade infantil deverá também ser incorporada e interpretada.

Para HONWANA (2003); GRANJO (2009); MENESES (2009), nas comunidades rurais moçambicanas, enquanto a saúde é vista como o estado natural e esperado da pessoa, a doença constitui uma anomalia, uma ruptura que exige uma explicação para além da medicina ocidental. Para eles a saúde representa *“um estado harmônico que, para existir e se manter, requer harmonia entre a pessoa e a sua envolvente social e ecológica, incluindo os seus antepassados”* (GRANJO, 2009, p.8). E a maior parte das mortes e doenças não é concebida como “naturais”, mesmo sendo as suas causas naturais. A doença ou a morte ocorrem devido à negligência ou incapacidade da vítima em reconhecer e evitar os perigos em causa; um ato de feitiçaria ou a suspensão da proteção por parte dos antepassados. E se alguém ou uma criança na comunidade contrair uma doença, a mesma não poderá conduzir à morte, caso contrário, este fato

“é visto como consequência e intervenção maligna dos valoy (mágicos e feiticeiros) ou como uma sanção dos espíritos dos antepassados por comportamento incorreto” (HONWANA, 2003, p.29)

Muitas vezes, os dois sistemas de tratamento são acionados, a medicina tradicional e a ocidental, mas com forte tendência ao primeiro. Para a comunidade, a manifestação

de uma doença é vista como um desequilíbrio mental ou espiritual que pressupõe causas sociais. O restabelecimento do equilíbrio social passa pela harmonia com os antepassados, caso contrário, os problemas de saúde continuarão a surgir, porque não foi solucionada a causa social. Assim, HELMAN (1994, p.29) argumenta que os programas de assistência à saúde devem ser planejados não apenas com referência aos aspetos médicos, mas levando em consideração as crenças de uma sociedade e como elas devem ser tratadas.

Neste contexto, ao procurarmos tirar as “casca” dos fenômenos para procurar entender a alma dos “gomos” sociais segundo a visão ou a construção da comunidade, além deste fato representar uma possibilidade maior de intervenção nos óbitos de crianças menores de 5 anos, constituindo-se um compromisso ético, representa igualmente uma possibilidade de se esclarecer a ligação entre a mortalidade infantil e os cuidados primários de saúde, sendo aumentadas assim as taxas de sobrevivência das crianças.

1.3 Ensaio Teórico

Pelo presente ensaio, temos como objetivo explicitar um referencial teórico (entre outros possíveis) que sirva de fulcro para a compreensão mais holística das práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0-5 anos tendo por objeto as campanhas sanitárias de amamentação, malária e vacinação. Privilegiaremos neste ensaio, a descrição e análise do processo de socialização na construção social da realidade da vida cotidiana defendido por BERGER E LUCKMANN (2004).

Para BERGER E LUCKMANN (2004), na realidade da vida cotidiana os indivíduos produzem esquemas de classificação de parâmetros sociais e de si próprios. E no decurso da vida, através do processo de socialização, cada indivíduo interioriza progressivamente o mundo social, o qual acolhe mentalmente como uma realidade, a sua realidade. Mas em qualquer análise da socialização feita por um indivíduo, além do enfoque em termos objetivos e subjetivos, é necessária a compreensão do processo de construção social da realidade da vida cotidiana, ao qual o indivíduo foi submetido e pelo qual está inserido na sociedade. Por socialização entende-se a *“completa e consistente introdução de um indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um sector da mesma”* (p.138).

Embora a socialização, sob a perspectiva de quem a vivencia, seja um único processo, onde quer que ela se realize, seja na família, na comunidade, na escola ou em qualquer outro local, é subdividida teórica e conceitualmente em dois momentos, que iremos analisar: a socialização primária e a socialização secundária.

1.3. 1 Socialização primária

Para BERGER E LUCKMANN (2003), esta é a primeira socialização que o indivíduo experimenta quando ainda é uma criança e através da qual se torna membro de uma determinada sociedade. Ao nascer numa determinada estrutura social objetiva, o indivíduo encontra certas práticas e saberes que lhe são impostos pelo processo de socialização. Este processo não implica somente a pura aprendizagem cognitiva de valores, usos, costumes e tradições, mas também a

interiorização e a identificação destas práticas e saberes, carregados de um elevado grau de emoção.

Pelo fato da escolha de certas práticas e saberes estar sob a alçada direta do pai ou de um encarregado da educação, na socialização primária a criança quase não tem o poder de selecionar outras práticas e saberes que não sejam aquelas escolhidas pelos responsáveis por sua educação. Por isso, a interiorização de uma determinada realidade específica é quase inevitável. Ao interiorizar a cultura do seu meio social, a criança o faz como se estas fossem as únicas práticas e saberes existentes e concebíveis. Consequentemente, mesmo tendo interiorizado outras práticas e saberes através da socialização secundária, a tendência é de sempre resgatar algumas práticas e saberes da socialização primária, pois o mundo interiorizado nesta fase é muito mais gravado e retido na consciência do que o mundo interiorizado na socialização secundária. Neste processo, a linguagem detém um papel fundamental, pois através dela *“vários esquemas motivacionais e interpretativos são interiorizados em valor institucional definido”* (BERGER, LUCKMANN, 2003, p.141). Por outro lado, como instituição social, a linguagem exerce também um controle da conduta individual imposta pela sociedade, porque ela, enquanto ação humana é organizada e padronizada segundo diferentes regras, carregadas de significações. Destarte, segundo PINTO (2007), a linguagem se torna uma instituição fundamental do desenvolvimento cultural do indivíduo, especialmente porque ela possui um universo de significados construídos e só existe por meio dela mesma.

Mas DUBET (1994) enfatiza que no contexto contemporâneo, com o advento da globalização e o surgimento da cultura de massa e seu aparato

tecnológico voltado para a publicização de conselhos e estilos de vida, os indivíduos têm tendência a ter cada vez mais um contato precoce com outros universos de socialização, além da família e o seu meio social na comunidade. Desta forma, a socialização compartilhada com a família, a comunidade e as instituições educadoras ou profissionais, aos poucos tem vindo a perder o monopólio da construção das identidades sociais e individuais dos sujeitos.

A presença de tecnologias de comunicação tais como a televisão, o celular e a internet, traz uma pluralidade de experiências heterogêneas ao processo de socialização, por vezes contraditórias com os princípios de socialização no qual um determinado indivíduo foi ou está sendo submetido. Deste modo, ele fica exposto a um esquema de ações não-homogêneo, não-unificado e sim heterogêneo, o qual, dependendo do contexto social, poderá levá-lo a valorizar outros valores, quebrando certas práticas e valores apreendidos no seio familiar ou da comunidade (LAHIRE, 1998 p32-36). Esta questão, aliada à filiação religiosa, tem influenciado a mudança de perfil ou costumes dos jovens em relação a certas práticas apreendidas no seio familiar. Hoje pode-se observar muitos jovens não aderindo a certas práticas como a poligamia, a circuncisão masculina na mata ou negligenciando a prática de certos rituais como a realização da cerimônia pós-parto⁵. Nhandolo é um desses jovens, que afirma respeitar as tradições dos pais, mas não concorda com algumas delas, como a prática da poligamia, por não se enquadrar no mundo atual e porque a vida está cara (custo de vida elevado) para sustentar duas famílias, já que ele pretende dar

⁵ Na parte referente à discussão dos dados de campo sobre amamentação, abordamos como está cerimônia é praticada em Mopeia, bem como as prováveis consequências que advêm para quem a negligencia.

um futuro melhor aos seus filhos. Mas, por outro lado, tanto ele como alguns jovens que trabalham em Mopeia e às vezes têm oportunidade de ir a Quelimane ou outra província em missão de serviço, alegam que por sermos moçambicanos temos certas tradições que, mesmo não concordando, temos que segui-las. Porque além de Deus, os espíritos dos antepassados, são entidades que nos protegem na vida cotidiana contra toda obra de inveja, feitiçaria e doença.

Destarte, podemos observar que apesar deste contato precoce com outros universos de socialização, além da família e o seu meio social na comunidade, há uma tendência simultânea de ruptura com certas práticas consideradas “antigas” e apropriação ou o acionamento daquelas que garantem a harmonia e o bem estar através dos espíritos dos antepassados.

Deste modo, de acordo com BERGER E LUCKMANN (2003) o processo de socialização, tanto primária como secundária, nunca é total, completo ou estático, ele vai ocorrendo ao longo da vida de um determinado indivíduo, enquanto membro de uma sociedade. Está em constante mudança, acompanhando a dinâmica da sociedade e sendo influenciado por diversos fatores. DUBET (1996 p.94-96) acrescenta que não existe uma socialização total, porque a experiência social do indivíduo se inscreve em registros múltiplos e não congruentes, não havendo assim adequação absoluta entre a subjetividade do ator e a objetividade do sistema.

1.3.2 Socialização secundária.

Para BERGER E LUCKMAN (2004), a socialização secundária é qualquer processo subsequente que introduz um indivíduo já socializado em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade. Ela resulta de uma forma direta ou indireta da divisão social do trabalho e do saber. Assim Berger e Luckmann (2004 p.146) acrescentam que,

“a socialização secundária é a aquisição de conhecimentos de funções específicas, funções direta ou indiretamente com raízes na divisão de trabalho [...]. os submundos interiorizados na socialização secundária são geralmente realidades parciais, em contraste com o mundo “básico” adquirindo na socialização primária”

E ainda na mesma obra, os autores argumentam que em virtude do papel que cada indivíduo desempenha na sociedade, ele é introduzido em área específica de conhecimento socialmente objetivado, não somente no sentido cognoscitivo estreito, mas também no sentido de “conhecimento” de normas, valores e mesmo emoções. Ora, nesta socialização, diferentemente da primária, os limites biológicos são menos importantes. O aprendizado nesta fase pressupõe uma sequência lógica, que muitas vezes precisa de determinados conhecimentos anteriores. Ou seja, enquanto a socialização primária não pode ser realizada sem identificação, carregada de emoção, da criança com seus outros significativos, a maior parte da socialização secundária pode dispensar este tipo de identificação mútua incluída em qualquer comunicação de ser humano.

Embora estejamos fazendo uma análise separada da socialização primária e da secundária, como se esses processos fossem distintos e não um único, cabe ressaltar que na realidade, do ponto de vista de quem vivencia, este processo é um único, ocorrendo desde o nascimento até à morte. Um indivíduo está em constante processo de aprendizagem e sofre influências da dinâmica presente na sociedade. Assim, mudam-se os locais, os comportamentos, as atitudes e os valores relevantes, de acordo com a especialidade de cada um, mas o indivíduo continua sofrendo influências do processo de socialização. Pelo fato de nas sociedades contemporâneas, o passado e a tradição terem tendência a não se manter enquanto valores, devido à própria dinâmica do desenvolvimento, no processo de socialização, os indivíduos são obrigados a gerir simultaneamente várias lógicas de ação, que o remetem a diversas lógicas do sistema social (DUBET, 1996 p.94). Assim, à medida em que o universo de referência social e o identitário compartilhado se multiplicam e se diversificam, os indivíduos passam a ter mais oportunidades e tendem a escolher, articular e negociar valores e referências institucionais diferenciados.

Nesta socialização há uma tendência à interpretação e reinterpretação da realidade da vida cotidiana, por parte do indivíduo, numa contínua relação. Deste modo, podemos observar que o passado serve como base fundamental para a socialização e o presente para a ressocialização. Na ressocialização, o passado é reinterpretado para que se harmonize com a realidade presente da vida cotidiana.

1.3.3 Breve análise histórica das práticas e saberes socioculturais sobre saúde e doença

De acordo com Mar Bloch (1997), dificilmente entenderemos o presente sem entendermos o passado, e este, sem entendermos o presente. Depois de um pequeno ensaio teórico sobre o processo de socialização ao qual um determinado indivíduo está submetido, cabe fazer uma breve análise histórica das práticas e saberes locais quanto a saúde, doença e morte, para compreendermos porque a população tem mais fé na eficácia terapêutica da medicina tradicional do que na científica ocidental. Assim, é importante recuar no tempo, até o período pré-colonial, para entendermos como é que os primeiros habitantes construíram o conhecimento sobre o processo saúde-doença em Moçambique.

1.3.3.1 Práticas e saberes socioculturais antes da penetração colonial

Antes da ocupação efetiva de Moçambique por Portugal (1885 – 1930), Moçambique era habitado por povos de origem Bantu⁶. A nível ideológico, as crenças mágicas e religiosas desempenhavam, nesta sociedade, um papel muito importante, constituindo uma arma fundamental do poder, da coesão social e da aparente imobilidade social. Os chefes das linhagens (os parentes mais velhos) e os

⁶ A palavra “Bantu” tem uma conotação exclusivamente linguística e surgiu entre 1851 e 1869 dos estudos do linguista alemão Bleek, para assinalar o grande parentesco linguístico de cerca de 300 línguas, as quais utilizavam o vocabulário “Ntu” para designar “homem” (singular ; plural – “Muntu” (Homens)). (SERRA, 1988)

chefes territoriais imploravam aos espíritos dos antepassados, para si e para seu povo, as chuvas, a saúde, a proteção para a caça e para as viagens. Como elo da cadeia que liga os anciãos mortos aos anciãos vivos, o chefe-sacerdote detinha uma função que era a base de poder (SERRA, 1988).

Os bantus acreditavam que a ocorrência da doença podia ter uma influência natural ou sobrenatural. E só alguém que tivesse legitimidade, geralmente eram os sacerdotes ou os chefes territoriais, é que podia invocar os espíritos dos antepassados para obter a saúde ou alguma petição que desejasse. Esta visão mágico-religiosa do processo saúde-doença permitia um alto grau de manipulação do universo cosmológico e era complementada por cuidadosas observações empíricas sobre a utilidade medicinal de produtos naturais, transmitidas cuidadosamente de geração a geração.

No âmbito da expansão e fixação do povo bantu (século III e IV) no norte do rio Zambeze, a morte de gado devido à presença da mosca tsé-tsé nas margens do rio, constituiu numa primeira fase um constrangimento importante para o uso de tração animal no desenvolvimento da prática agrícola e pagamento de lobolo (compensação matrimonial) pelos homens. Este fenômeno contribuiu para que muitos homens se dedicassem a outras atividades como a caça, a pesca e o comércio, relegando a prática da agricultura às mulheres. Esta questão contribuiu para que ocorresse uma predominância da linhagem matrilinear em relação à linhagem patrilinear nas províncias de Niassa, Cabo Delgado, Nampula e Zambezia. Na linhagem matrilinear, a educação dos filhos era feita pelo tio materno (SERRA, 1998). Mas até os 7 ou 8 anos, no caso dos filhos do sexo masculino e na fase da puberdade das meninas, os pais detinham uma grande responsabilidade na educação.

A partir dos 7 anos, a educação do filho do sexo masculino era entregue oficialmente à responsabilidade do tio materno mais velho, geralmente até à fase de iniciação masculina que iniciava entre os 14 a 15 anos. As meninas, quando atingiam a puberdade, passavam também pelos ritos de iniciação com as mulheres mais velhas e experientes da comunidade. Além das crenças, valores e cultura local, a criança era socializada no seio familiar e da comunidade, aprendendo a atividade da caça, pastagem, pesca, no caso dos homens. E no caso das mulheres, aprendiam a recoleção, regras morais e cívicas para se comportar perante o futuro marido, a família e a comunidade e como enfrentar momentos difíceis na família. Por conseguinte, a educação de uma criança não estava só sob a responsabilidade da família, particularmente dos pais, mas também dos vizinhos, amigos e parentes da família.

1.3.3.2 Práticas e saberes socioculturais sobre saúde e doença na época colonial

De acordo com HOWANA (2003), no período colonial⁷, em 1917 o governo colonial português introduziu oficialmente em Moçambique a primeira legislação referente à política de assimilação. De acordo com esta política, no processo de socialização, os moçambicanos deviam cumprir certos requisitos para receber o

⁷ De acordo com a periodização da história de Moçambique, o período colonial se inicia em 1884/5 com a conferência de Berlim e vai até 1974, ano em que Portugal assina acordos de Lusaka que põe fim à luta armada pela libertação de Moçambique contra o colonialismo português.

estatuto “privilegiado” de cidadania portuguesa semelhante ao dos portugueses. Mas para este efeito, um determinado indivíduo tinha que preencher alguns requisitos tais como: falar corretamente a língua portuguesa; exercer uma profissão e ter um rendimento que garantisse a subsistência da família; adquirir os hábitos e costumes portugueses; ser cristão, de preferência católico romano; e não praticar ou acreditar no culto dos antepassados, na medicina tradicional, feitiçaria e outras superstições.

Ao que tudo indica, muitos indivíduos aderiam à política de assimilação pelos benefícios que esta política dava ao povo, principalmente um emprego decente, longe do trabalho forçado, direitos cívicos mínimos e educação para os filhos, não incluindo isto a interiorização da cultura portuguesa como sua própria cultura. Deste modo, apesar de um indivíduo ter obtido o estatuto de assimilado, na maioria das vezes ele mantinha ligações fortes com a família, a qual o governo colonial português chamava de ‘indígena’ e com sua cultura, através de práticas denominadas ‘obscurantistas’. Segundo HOWANA (2003 p.133), alguns indivíduos assimilados, de uma forma muito discreta para não perderem os seus privilégios e benefícios, ainda continuavam a praticar seus rituais, adorar os espíritos dos antepassados e a recorrer a curandeiros e adivinhos.

“a feitiçaria é (para os nativos) causa de todos os males da vida e contra os quais, segundo pensam, não vale a pena lutar. Isto leva-os a render-se e a tornar-se fatalistas, o que esta em perfeita conformidade com a sua atividade física e intelectual [...]tenho a certeza de que, fosse qual fosse a religião adotada, ela nunca seria tão confortável como esta maneira de pensar [...]eis a razão que explica a relutância deles em adotar os princípios da religião cristã [...]” (HOWANA, 2003: 137. Declaração de um Administrador colonial português)

Esta declaração do administrador de Inhambane mostra claramente que mesmo obtendo o estatuto de assimilado, certos indivíduos devido ao processo de

socialização obtido no seio familiar e da comunidade não abandonavam as suas práticas e saberes socioculturais. No âmbito da religião, este fato contribuiu para o surgimento das igrejas Independentes Africanas. Algumas destas igrejas, como a igreja zionista, apresentam a fusão do cristianismo e elementos da cultura tradicional africana (HOWANA, 2003).

Para BERGER E LUCKMANN (2004), no processo de socialização, o universo simbólico das práticas e saberes da sociedade localiza todos os acontecimentos coletivos numa unidade coerente que inclui passado, presente e futuro. Em relação ao passado, estabelece uma “memória” partilhada por todos os indivíduos socializados na coletividade e quanto ao futuro, estabelece um quadro de referências comuns para a projeção de ações individuais. Destarte, o universo simbólico liga os homens aos seus antecessores (antepassados) e sucessores numa totalidade de acontecimentos dotados de sentido. A legitimação das práticas e saberes da comunidade conserva a realidade do universo simbólico construído pela sociedade.

Para MENESES (2009 p.14), a partir do século XIX, as práticas e saberes populacionais (medicina tradicional) e a farmacopéia, passaram a ser vistos como não-saberes ou como saberes superficiais e supersticiosos de índole folclórica. Neste contexto, essas práticas e saberes que eram transmitidos de geração em geração, através do processo de socialização de um indivíduo, passaram a ser considerados pelo colonialismo português como práticas obscurantistas e folclóricas, ou seja, objetos simbólicos que identificavam os curandeiros, esquecendo-se ou suprimindo-se o seu valor como forma de saber.

Em contrapartida, ao mesmo tempo em que o governo colonial não valorizava essas práticas e saberes, observava-se que alguns colonos portugueses consultavam os terapeutas locais (curandeiros) para alcançar soluções para problemas ligados à vida quotidiana, tais como problemas de saúde, mortes súbitas, sorte nos negócios, ou ainda para obter remédios (MENESES, 2009). Este cenário se verificou no Moçambique independente, entre 1975 a 1990, no processo de “modernização” de um estado, livre de práticas obscurantistas e folclóricas.

1.3.3.3 Práticas e saberes de saúde e doença no Período da Independência.

Em 1975, quando Moçambique alcançou a independência, a FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique), partido no poder, tal como o governo colonial português, considerava as práticas e saberes locais em relação a eventos ligados à saúde e doença, como obscurantistas. Por um lado, isto deveu-se ao fato de alguns líderes tradicionais, na época colonial terem ajudado o governo colonial português na colonização do povo moçambicano (FLORÊNCIO, 2008), por outro, em virtude destas práticas e saberes, a dita medicina tradicional, basearem-se em conhecimentos empíricos e não científicos. A definição dada pela Frelimo em relação à medicina tradicional espelha esta realidade. De acordo com MISAU (1981 p.13), entende-se por “medicina tradicional” *"o conjunto de conhecimentos empíricos, desorganizados, deturpados do seu conteúdo pelo processo da transmissão oral, e muitas vezes revestidos de práticas obscurantistas, tais como ritos, etc."* A FRELIMO acreditava que essas práticas e saberes iriam desaparecer gradualmente, através do processo de

alfabetização, da criação do “homem novo”: um homem com nova mentalidade, despojado de qualquer vestígio da era colonial e das práticas obscurantistas. Ou seja, para a FRELIMO, o povo moçambicano devia passar por uma nova socialização através de um novo sistema de educação, diferente não só da época colonial mas também das práticas e saberes da sociedade.

De acordo com MACAGNO (2009) a política de criação de um homem novo preconizava não só o fim da educação da época colonial, que impunha a assimilação da cultura portuguesa pelos moçambicanos, como também advogava o desaparecimento do sistema de educação tradicional da sociedade, o qual incluía a superstição, a transmissão da tradição, os ritos de iniciação e a poligamia. Ambas as formas de cultura deveriam desaparecer e dar lugar à ciência.

Ao se criar, logo após a independência, o gabinete de Estudos da Medicina tradicional, um dos principais objetivos era transformar as práticas e saberes socioculturais ligadas à cura de algumas doenças em conhecimento científico em benefício do povo (MISAU, 1981 p.5). Entretanto pouco foi feito neste sentido, paradoxalmente, ao mesmo tempo em que a FRELIMO criava o gabinete de estudos da medicina tradicional, também começava ela a perder certa legitimidade no seio da comunidade, devido à sua política de socialização rural (aldeias comunais) baseada na criação do “homem novo”, particularmente na tentativa de aniquilar os modelos tradicionais de reprodução social (produção familiar de subsistência, aldeamento disperso, gestão das terras familiares, poligamia, estruturas de poder tradicional, médicos e curandeiros tradicionais e culto dos antepassados) (FLORÊNCIO, 2008).

Esta atitude da FRELIMO criou até certo ponto uma desestruturação social do edifício simbólico do povo. Mesmo perante este cenário, a maioria da

população, apesar de estar professando uma determinada religião, especialmente a cristã e a islâmica, continuava a consultar os médicos tradicionais para a solução de diversos problemas, sobretudo os ligados à saúde.

Para FLORÊNCIO (2008), uma das consequências desta atitude da FRELIMO, ao proibir a realização das cerimônias tradicionais e atividades mágico-religiosas, foi uma forte ruptura do sistema de comunicação entre os espíritos e os vivos, sobretudo da manutenção e reprodução da ordem cosmológica, levando conseqüentemente a uma ruptura da ordem terrena. Isto criou um terreno fértil para que ocorresse forte expansão da feitiçaria, devido à ausência dos mecanismos tradicionais de controlo (atividades mágico-religiosas e autoridades tradicionais)

A partir da década 90 há uma tentativa de revalorização da medicina tradicional como uma forma de melhorar a saúde do povo através do reconhecimento de práticas e saberes local. Fato curioso é que apesar das tentativas de aniquilar essas práticas, tanto na época colonial como no período pós-independência, por constituírem, em parte, um saber não-biomédico, elas continuaram e continuam a subsistir e a se multiplicar na sociedade ao longo do tempo. Por um lado, isso se deve à interiorização da socialização da cultura e ao fato de estar a tradição, numa determinada sociedade ou comunidade, bem enraizada na realidade da vida cotidiana do indivíduo. Por outro lado, MENESES (2008) assinala que essas práticas ditas obscurantistas, sobreviveram ao longo do tempo e se multiplicaram, não só pela escassez de unidades sanitárias ou pelo fato da população médica “oficial”, no sentido biomédico, ser extraordinariamente baixa, mas por serem estas práticas inerentes à cultura da sociedade moçambicana.

Reforçando essa idéia, BASTOS & LEVY (1987) afirmam que essas práticas muitas vezes são manipuladas pela população em conjunto com o consumo da medicina oficial e hospitalar. Ao mesmo tempo em que eles vão à consulta numa unidade sanitária, consultam um curandeiro ou um adivinho para o seu problema de saúde, por serem práticas e saberes socializados e transmitidos de geração em geração.

1.4 Marco conceptual: campanha sanitária.

Antes de entrarmos na análise e discussão do nosso objeto de estudo, cabe apresentar o conceito de campanha que usamos no presente trabalho e como as campanhas são elaboradas em Moçambique, para uma melhor compreensão dos dados de campo.

Campanha é um termo de origem latina “campania”, do Italiano “campagna” e do português “campanha”, com o significado etimológico de *“terreno ou campo aberto, planície ou lugar raso”* Esta é uma palavra que surgiu no âmbito da linguagem militar para designar campos abertos em que os exércitos, particularmente na antiguidade e idade média, podiam se encontrar e realizar combates. Para este fim os exércitos tinham que realizar previamente uma série de operações militares, tais como aquisição de mais armas, reforço do exército e elaboração de estratégia. Na época moderna, o termo campanha passou a se referir a um conjunto de ações que visam atingir a um determinado objetivo, seja na área econômica, política ou sócio cultural. (HOUASSAIS, 2001) Na área publicitária, por

exemplo, campanha significa conjunto de ações que visam anunciar e promover produtos, eventos ou idéias.

No presente trabalho usamos o termo campanha sanitária para designar uma série de intervenções realizadas pelo sistema nacional de saúde, desde a informação, educação, “sensibilização” e prestação de serviço à população, a nível de saúde pública, em vista de um determinado evento.

1.4.1 Elaboração de uma campanha

A nível nacional o MISAU em parceria com as ONGs, particularmente a OMS, a UNICEF e a Malária Consortium, têm idealizado e concebido as campanhas sanitárias que são implementadas em todas as províncias, distritos, localidades e postos administrativos em Moçambique. Uma boa parte da configuração gráfica dos cartazes e por vezes das imagens, têm sido concebidos pela Repartição de Educação em Saúde Pública (RESP) em coordenação com uma determinada Direção Nacional de Saúde, que pretenda lançar uma campanha. Algumas direções nacionais têm optado pelo lançamento de um concurso público para selecionar uma determinada empresa especialista na área de Markting e Comunicação para conceber a configuração gráfica do cartaz, folhetos, dísticos, camisetas ou outros materiais radiofónicos e televisivos. Em coordenação com a empresa vencedora do concurso público, têm-se trabalhado na concepção do conteúdo informativo, de acordo com o público alvo que se pretende atingir.

Geralmente as campanhas são acompanhadas por um intenso trabalho de mobilização social, em particular a utilização de meios de comunicação de massa como as rádios comunitárias (zonas ou regiões onde existem)⁸, antena nacional (rádio Moçambique), a televisão, o megafone, a comunicação interpessoal (porta a porta) e a distribuição de material impresso (folhetos, cartazes). A rádio Moçambique, tem sido uns dos meios de comunicação de massa mais usados, por abranger todo o território nacional. Nos distritos em que existem as rádios comunitárias, estas têm sido usadas em conjunto com a rádio Moçambique.

Em Mopeia, pelo fato da maior parte da população do distrito não possuir rádio⁹ ou televisão, as campanhas sanitárias têm privilegiado a estratégia da comunicação interpessoal, o uso de megafone e a distribuição de material impresso nos aglomerados populacionais como as escolas, mercados, barracas, bombas de abastecimento de água ou poços e paragens de transportes de passageiros.

Nos últimos anos, os líderes comunitários (régulos, curandeiros, chefe de bairro), grupos da comunidade e outros membros influentes na comunidade (madrinha ou padrinho dos ritos de iniciação) têm sido considerados agentes importantes para a aceitabilidade da mensagem e aderência da comunidade às campanhas, particularmente nas zonas rurais, onde habita a maior parte da população moçambicana.

⁸ A maior parte dos distritos de Moçambique tem uma ou mais rádios comunitárias. A rádio Moçambique é a única emissora que abrange todo o território nacional, do Rovuma (Norte) ao Maputo (Sul), do Zumbo (Oeste) ao Índico (Este).

⁹ De acordo com o último recenseamento da população, realizado em 2007, somente 44, 1% da população de Mopeia possui uma rádio e 0,8% tem uma televisão. (INE 2008 p.9)

O envolvimento dos líderes comunitários tem sido fundamental para o sucesso de diversas campanhas sanitárias, apesar de alguns casos terem mostrado um resultado inverso, como no caso de distribuição de cloro nas províncias de Nampula e Zambézia, no âmbito da campanha de saneamento do meio.

Capítulo 2: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.

“A escolha do caminho metodológico depende do objeto da pesquisa, do trabalho de campo e de como o tema será abordado”
(DALMOLIN & VASCONCELLOS, 2008, p.50)

Para trabalhar no objeto da nossa pesquisa, usamos o método qualitativo, particularmente a contribuição da etnografia. A expressão “contribuição do método etnográfico” deve-se ao fato de não ter existido nenhuma pretensão de realizar uma etnografia propriamente dita, mas sim uma apropriação de técnicas e procedimentos etnográficos, tais como a (i) seleção dos informantes da pesquisa (ii); entrevistas semi-estruturadas (iii); a contribuição da “observação participante” (observação direta); e uso do diário de campo, além de recursos fotográficos e de gravação em áudio, quando estes eram permitidos.

Uma vez conhecida a grande influência que o universo sócio cultural exerce sobre as práticas e saberes da comunidade no tocante ao processo saúde-doença, nada mais coerente do que buscar o apoio na contribuição teórica da antropologia, particularmente na etnografia, por esta permitir captar não só as relações humanas e sociais na sua diversidade, mas também apreender as concepções e os significados atribuídos a um determinado fenômeno pelos sujeitos da pesquisa (CAPRARA & LANDIM, 2008).

ADORNO & CASTRO (1994) e MAGNANI (2002), destacam que ao usarmos o método etnográfico, devemos ter cuidado de não reduzi-lo ou confundi-lo com uma técnica. Porque ele deve ser entendido como um exercício reflexivo de

apreensão de uma dada realidade, que possibilita novas leituras, revelando a lógica, o desdobramento e a apreensão de dados percebidos inicialmente como fragmentários,

“num novo arranjo, que não é mais o arranjo nativo, mas que parte dele, leva-o em conta, foi suscitado por ele, nem aquele com o qual o pesquisador iniciou a pesquisa” (MAGNANI 2002, p.17)

Por sua vez VICTORA (2000) frisa que ao optarmos pela abordagem do método etnográfico, devemos ter em conta que o comportamento humano só pode ser compreendido e explicado devidamente dentro do contexto social onde ele atua. Deste modo, é fundamental entendermos e compreendermos o ponto de vista do sujeito da pesquisa, procurando o significado das suas práticas e saberes sobre o nosso objeto de pesquisa. Contudo devemos fazê-lo partindo de princípio de que as lógicas que norteiam tais práticas e saberes não estão explícitas, o pesquisador deve examinar minuciosamente os diversos fatos percebidos inicialmente, como fracionados e sem lógica. Esta tem sido uma das principais características da pesquisa qualitativa, fornecer uma visão de dentro do grupo pesquisado, *um olhar de dentro para fora* tal como aborda MAGNANI (2002) no seu estudo sobre a vida urbana

Destarte é pertinente que procuremos entender e compreender a prática e saber sócio cultural sobre a saúde, doença e morte de crianças de 0-5 anos de idade, de acordo com o ponto de vista do sujeito da pesquisa. Só desta forma teremos a possibilidade de chegar a uma compreensão em profundidade das formas de vida das pessoas, ao registro do comportamento não-verbal e à descrição densa da alteridade.

2.1 Caminhando em direção ao campo: Cidade de Quelimane

Chegando a Quelimane, capital da província da Zambézia, vindo de Maputo na última semana do mês de julho, após nos apresentarmos ao Diretor Provincial de Saúde, o qual se mostrou disponível para ajudar no que fosse possível para o sucesso da pesquisa, nos dirigimos à rodoviária, localizada no mercado central. Aqui observamos que a frota de transportes interurbanos de passageiros e cargas são exploradas pela iniciativa privada. O único transporte público existente faz a rota interprovincial Quelimane (Zambezia) e Beira (Sofala), ida e volta.

Soubemos que o Estado há tempos atrás tentou alocar transportes públicos para a cidade de Quelimane. Contudo, pouco tempo depois retirou os mesmos, porque a maior parte da população preferia deslocar-se na cidade através de “taxi de bicicletas ou motos”¹⁰. Conversando com alguns moradores, soubemos que eles tomaram esta atitude para garantir emprego a vários jovens que usam suas bicicletas para transporte de passageiros (cargas) e evitar a poluição da cidade. Esta é a única cidade de Moçambique em que se observa maior fluxo de bicicletas e motos nas estradas do que de carros. Também esta é a cidade conhecida, desde a época colonial como “pequeno Brasil”, por ser também a única a celebrar o carnaval como no Brasil, com toda pujança e glamour. Além disso, esta quarta cidade de Moçambique é conhecida como a capital do coco, do chá, da mukapata¹¹ e da galinha

¹⁰ Uma boa parte dos jovens e adultos na cidade de Quelimane, usam as suas bicicletas para transportar passageiros e cargas no assento detrás que existe nas bicicletas. Dependendo das distancias, o preço da passagem varia entre 5 a 7,5 mt

¹¹ Prato nativo feito com feijão soroco sem casca, leite de coco e arroz.

zambeziana¹² Por outro lado, as ruas em sua maioria encontram-se emburacadas. A ausência de alcatrão deu lugar a um saibro que não resiste à chuva e se transforma em matope (lama), dificultando a circulação de veículos, especialmente dos leves.

O deslocamento da capital da província da Zambézia, Quelimane em direção ao distrito de Mopeia, faz-se através de transporte privado semi-coletivo, um minibus de 16 lugares, vulgarmente conhecido por “chapa 100”¹³. Não existe um horário fixo para os “chapas 100” transportarem os passageiros para diferentes destinos, particularmente quanto à ligação interdistrital. Em geral eles se baseiam na lógica de partir só com a lotação esgotada ou superlotada, para garantir o lucro das deslocações. Quanto mais passageiros para preencher os 16 lugares do “chapa 100”, mais cedo o carro partirá para o seu destino.

Era por volta das 13h e 30 minutos quando os dois últimos passageiros entraram e preencheram as duas últimas cadeiras vagas do veículo. Na partida éramos 17 indivíduos, 15 passageiros (10 do sexo masculino e 5 do feminino), um motorista e cobrador. Ao longo do caminho mais três passageiros, um do sexo masculino e dois feminino entraram, superlotando o “chapa”. A viagem durou cerca de 3h e 30 minutos. Era a terceira vez que eu me deslocava para o distrito de Mopeia.

¹² Galinha temperada e assada ao molho de coco. Batizada também de galinha a Lurdes Mutola, em homenagem à primeira atleta moçambicana a ser campeã mundial de 800 metros nos jogos olímpicos.

¹³ Na década 1980, diante da crise dos transportes públicos, insuficientes para responder à excessiva procura de transportes em virtude do crescimento populacional e também por conta dos elevados custos de operação, manutenção e equipamentos obsoletos, começaram a surgir os primeiros meios de transportes rodoviários privados de passageiros. (MATSINHE, 2007) Pelo fato destes transportes coletivos de passageiros serem carrinhos abertos ou cobertos de lona ou então um minibus (Van), cobrando “100 meticais (Mt) pelo preço da passagem a nível urbano, passaram a ser designados por “Chapa 100”

Ao longo da estrada meio asfaltada, que liga a cidade de Quelimane a Mopeia, a presença de vendedores ambulantes, particularmente nos entroncamentos como a “zona do zero”, refletem o dia a dia de um povo que luta pela sobrevivência, vendendo o que produz em uma banca improvisada no chão (milho, tomate, cebola, galinha, etc) e o que compra para revender (roupa e calçados). A vegetação meio seca, particularmente no inverno, reflete o clima seco de estepe que abunda na região.

2.2 Chegando a Mopeia

Fig 1: Mapa de Moçambique

O distrito de Mopeia está localizado na região do baixo Zambeze, a sudoeste da província da Zambézia, sendo limitado ao norte pelo distrito de Morrumbala, ao sul pelo distrito de Chinde, a leste pelos distritos de Nicoadala e Inhassunge e a oeste pelo rio Zambeze. Existem 2 postos administrativos e 8 localidades: Posto administrativo de Cua-Cua (local onde foi realizada a colheita de dados da presente pesquisa), abrangendo as localidades de Cua-Cua, Rovuma, Sambalendo e Nzanza; Posto administrativo Campo, constituído pelas localidades de Campo-sede, Lua-Lua, Mungane e Catal (SDSMAS, 2009).

Com uma superfície de 7.668 km² e uma população projetada pelo censo de 2007 em 93.035 habitantes, o distrito de Mopeia tem uma densidade de 11.7 hab/km². A população é jovem (44% abaixo dos 15 anos de idade), majoritariamente feminina

(taxa de masculinidade de 49%) e de matriz marcadamente rural. A estrutura etária da população do distrito reflete uma relação de dependência econômica de 1:2, isto é, por cada 10 crianças ou anciões existem 12 pessoas em idade ativa (MAE, 2005).

Em Mopeia-sede, apesar da língua dominante ser elomwe, uma boa parte da população, pelo contato que têm tido com diversos grupos etnolinguísticos, também sabe falar a língua xisena ou emacua. Ao longo da minha estadia, a maior parte dos meus interlocutores que não sabiam falar português comunicavam-se na língua “xisena”, a minha língua nativa, facilitando assim, o diálogo com os sujeitos de pesquisa.

Em termos de habitação, a maior parte da população vive em casas de palhotas, feitas com pavimento de terra batida, teto de capim ou colmo e paredes de caniço ou paus. À medida que nos afastamos da vila, observa-se que as casas de palhotas vão se distanciando uma das outras. A maior parte apresenta um quintal aberto, circundado por árvores de frutas, particularmente a mangueira ou uma simples vegetação que serve como marco da delimitação do terreno habitacional ou de cultivo. As pequenas estradas terciárias são usadas também como marco territorial.

A caminhar pela vila, observa-se que há uma influência do clima seco de estepe com inverno seco, mas ao longo das margens do rio Cua-Cua e Zambeze, o clima é do tipo chuvoso de savana com precipitação média anual atingir às vezes, mais de 1.200 mm entre os meses de novembro a final de março, podendo estender-se até maio (MAE 2005 p.2).

Geograficamente, a planície aluvionar do rio Zambeze e Cua-Cua favorece o desenvolvimento da agricultura com apenas uma colheita, sem risco significativo

de perda da cultura devido a déficit hídrico ou inundações. A presença de diques naturais, especialmente no rio Cua-Cua, permite o estabelecimento de diversos regadios para a prática agrícola. Mesmo com estas condições todas, a maior parte da população, pratica a agricultura de subsistência e a pesca como principais fontes de subsistência e base econômica.

Assim, em termos de plantação, a população, recorre a um regime de consorciação para a exploração de espécies agrícolas locais de regime variado com ciclo curto, como a mapira, a mexoeira, o milho, o feijão nhemba¹⁴, a batata doce e a mandioca. A monocultura de arroz é feita ao longo do solo de textura pesada, mal drenado na época chuvosa, próximo aos rios Cua-Cua e Zambeze.

Apesar do fomento pecuário do distrito ser fraco, em vista da existência de área de pastagens, verifica-se a presença do gado caprino, bovino (em menor escala devido à doença da mosca tsé-tsé) e de aves. A fauna bravia do distrito tem permitido a caça de várias espécies, tais como porcos-do-mato, javalis, changos, gazelas, ratazanas, pala-palas e cabritos-do-mato (MAE 2005 p.5).

Ao longo da década 90, com o final da guerra civil (1992) até o princípio do século XXI, o abandono de terras em virtude da guerra fez com que algumas famílias ocupassem propriedades alheias, situação que gerou algum conflito na comunidade pela posse de terras. Não obstante, o governo local, em colaboração com os líderes comunitários, tem conseguido solucionar estes casos.

Este também é um distrito que é afetado frequentemente por diversas calamidades naturais como cheias, estiagem e pragas. Uma das maiores calamidades recentes

¹⁴ Feijão de pequeno porte idêntico ao feijão frade, só que este tem a cor um pouco acastanhada

registradas foram às cheias de 2000. Estes desastres colocam a população num nível de risco quanto à segurança alimentar. Para mitigar a situação de carência alimentar, o governo e os parceiros de cooperação (o Programa Mundial de Alimentação, a Save the Children e a Organização Rural de Ajuda Mútua), através do programa “comida por trabalho”, têm distribuído alimentos, sementes e instrumentos agrícolas (MAE 2005).

No que diz respeito ao abastecimento de água potável, verifica-se que a maior parte da população do distrito consome água de bombas manuais, poços, furos, rios ou lagos. Uma boa parte das bombas manuais e furos foram construídos pelo governo através da Companhia de Água Rural, em colaboração com alguns parceiros (UNICEF, Visão Mundial e a Save Children). A manutenção e a limpeza das fontes de água são feitas pela própria comunidade através de contribuições monetárias “simbólicas” (MAE 2005 p. 34-35). A rede telefônica fixa e móvel é uma realidade na maioria das localidades do distrito, porém a distribuição de energia elétrica ainda é precária.

2.3 Educação

De acordo com MAE (2005), apesar de estar se verificando uma expansão contínua da infraestrutura na área da educação, com a abertura de novas escolas, em algumas localidades do distrito de Mopeia a taxa de desistência, em particular do

sexo feminino¹⁵, continua ainda alta, bem como o baixo aproveitamento. Esta situação é agravada pela insuficiência de professores e pela baixa qualificação pedagógica dos mesmos. Cerca de 90% da população do distrito, predominantemente do sexo feminino, é analfabeta e somente 25% dos habitantes frequentam ou já frequentaram uma escola. A maior taxa de escolarização verifica-se na faixa etária de 10 a 14 anos, na qual 32% das crianças frequentam a escola, seguida do grupo de 5 a 9 anos, o que reflete a entrada tardia na escola. Na sua maioria, os estudantes são do sexo masculino e frequentam o ensino primário.

Estudo feito por MACASSA (2006), em Moçambique, indica que o nível de educação escolar do país, particularmente das mães, tem contribuído para a redução da taxa de mortalidade infantil. Segundo este estudo, mulheres instruídas têm maior capacidade de gerar rendimento e apoiar suas famílias e maior probabilidade de investir em cuidados de saúde, nutrição e educação das crianças, do que mulheres não instruídas. Assim, crianças cujos pais têm maior nível de escolarização têm maior chance de sobrevivência do que aquelas cujas mães têm baixo nível de escolaridade. Este baixo índice de alfabetização das mulheres em Mopeia, poderá ser um dos fatores que tem contribuído para a elevada taxa de mortalidade de menores de 5 anos por doenças preveníveis.

YASSIN & ANTIA, (2003) destacam que além de se criar mais oportunidades para as mulheres terem uma boa educação escolar, é preciso também sensibilizá-las quanto às questões relacionadas à mortalidade infantil, porque são elas

¹⁵ As altas taxas de desistência do sexo feminino poderão estar ligadas a vários fatores como longas distâncias, falta de infraestrutura, pobreza, gravidez indesejada e casamento precoce. Cabe ressaltar que em Moçambique, a maior taxa de abandono escolar entre as meninas acontece entre a quinta e a nona classe, entre os 11 e 19 anos.

que criam um ambiente de apoio para a saúde da criança. Todavia esta educação terá que ser feita não só para as mães, mas também para todas as principais cuidadoras de crianças, a fim de ser reforçado o decréscimo da taxa de mortalidade infantil.

2.4 Saúde.

A rede de saúde do distrito, apesar de estar evoluindo em bom ritmo, com 9 unidades sanitárias em 2009, sendo uma na área administrativa do distrito de Chinde, ainda é insuficiente, evidenciando-se os seguintes índices de cobertura: uma unidade sanitária por cada 16 mil pessoas; uma cama por 2.600 habitantes e um profissional técnico para cada 2.019 residentes (MAE, 2005 p27).

Existem no distrito algumas localidades como é o caso de Conho, N'zanza e Mungane, no posto administrativo de Campo, que não possuem nenhuma unidade sanitária. (SDSMAS, 2010)

O quadro epidemiológico do distrito apresenta uma tendência variável no que concerne às doenças de notificação obrigatória, especialmente a malária, diarreia, disenteria e cólera. A malária continua a ser a principal causa de internamento e de óbitos nas unidades sanitárias. Para reverter esta situação, os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS) e seus parceiros de cooperação têm realizado “campanhas de sensibilização¹⁶” em relação ao saneamento do meio e uso de rede mosquiteira. Vale salientar que as redes mosquiteiras são distribuídas gratuitamente a todas as mulheres grávidas e às que

¹⁶ Conjunto de ações que visam não simplesmente informar, educar e consciencializar a população acerca de um determinado evento, mas que este seja entendido e compreendido na sua magnitude, de modo que exista um retorno positivo por parte de quem recebe a mensagem.

têm partos na maternidade. Ou seja, as mulheres que não têm parto institucional não são beneficiárias das redes mosquiteiras.

2.5 Iniciando a caminhada de campo.

O início do trabalho de campo ocorreu na última semana de mês de julho de 2010. Nos primeiros dias de caminhada, tinha em mente treinar um olhar de estranhamento sobre o ambiente que rodeava o campo, de forma a extrair as informações que me permitissem caracterizar o espaço físico externo onde se inserem os sujeitos da pesquisa na comunidade (MAGNANI, 2002). Adicionalmente, busquei desfamiliarizar o olhar sobre o ambiente que, em princípio, os meus olhos estavam habituados a enxergar, para melhor captar os significados sócio culturais da comunidade.

Logo que cheguei, fui me apresentar às autoridades locais, particularmente ao Serviço Distrital de Saúde da Mulher e Ação Social (SDSMAS) e à administração local. Em seguida, dediquei o dia a observar o ambiente da comunidade, a circulação das pessoas, os pequenos estabelecimentos comerciais existentes e as instituições públicas ou privadas existentes.

2.6 Sujeitos de pesquisa

“Nos estudos qualitativos interroga-se um número limitado de pessoas, pelo que a questão de representatividade, no sentido estatístico do termo, não se coloca. O critério que determina o valor da amostra passa a ser a sua adequação aos objetivos da

investigação, tomando como principio a diversificação das pessoas interrogadas e garantindo que nenhuma situação importante foi esquecida” (RUQUOY, 1997 p103).

A escolha das famílias para participarem do nosso estudo foi baseada nos óbitos de crianças menores de cinco anos que tinham ocorrido no hospital distrital de Mopeia sede entre Janeiro a Dezembro de 2009.

Ao chegar ao hospital distrital de Mopeia sede, fui recebido pela chefe da secretaria, devido à ausência do diretor distrital e do enfermeiro chefe¹⁷. Durante dois dias, não tive contato com nenhum processo clínico para selecionar as famílias para o nosso estudo, sob alegação das mesmas estarem sob a responsabilidade de enfermeiro chefe.

Quando o diretor e o médico chefe chegaram se mostraram disponíveis para ajudar no que fosse preciso para o sucesso da pesquisa. Imediatamente colocaram-nos em contato com os processos clínicos.

De acordo com o relatório anual de 2009 dos Serviços Distritais de Saúde Mulher e Ação Social do governo no distrito de Mopeia (SDSMAS 2009), neste período houve óbitos de 23 crianças. Mas ao analisarmos os processos clínicos, encontramos 35 óbitos de menores de 5 anos, dos quais 18 por malária, 5 por diarreia, 3 por broncopneumonia, 2 por má nutrição, 1 por HIV/SIDA, 1 por intoxicação medicamentosa, 1 por Sepsis e 4 por outras causas não identificadas.

Destas crianças apenas 12 famílias foram selecionadas para o nosso estudo pelo fato destas viverem em Mopeia sede e terem perdido os seus filhos por

¹⁷ Em Mopeia, depois do diretor distrital o enfermeiro chefe é a segunda maior autoridade da saúde, na ausência destes dois a chefe de secretaria é que passa a responder pelos serviços.

malária, diarreia, broncopneumonia e HIV/SIDA. As outras famílias vivem fora da área selecionada para o estudo, como por exemplo Mopeia campo.

A maior parte das mães, com uma idade média de 26 a 27 anos, não sabe ler e nem escrever os seus nomes, vivendo em condições econômicas precárias. Para elas a agricultura é a principal fonte de rendimento familiar. Algumas são apenas donas de casa e vivem na dependência do rendimento de seus maridos ou de uma barraquinha de venda de cebola, tomate, peixe, sal em frente ao seu quintal. Uma boa parte dos homens tem uma idade compreendida entre 35 a 45 anos, muitos deles se dedicam ao comércio informal e têm agricultura e pesca como principais atividades econômicas.

Com base numa ficha pré-elaborada (ver anexo 1: Ficha de identificação da criança falecida) recolhemos no Processo Clínico (PC) informações da suposta causa da morte da criança e dados de identificação da criança falecida: nome da criança falecida (se houver), nome dos pais e endereço de residência, idade e sexo, data e local da ocorrência do óbito, visando posterior localização das famílias na comunidade.

Por falta de recursos humanos (arquivista) e matérias (edifício), os PC da unidade sanitária ficam armazenados no gabinete do enfermeiro chefe. A princípio foi difícil localizar os PC de óbitos, por estarem estes misturados com os processos de alta e internamento, embora separados por meses. Graças à ajuda do agente comunitário de saúde, Nhandolo, separamos as altas dos óbitos referentes a janeiro e dezembro de 2009. Cabe ressaltar que as fichas do PC são iguais e padronizadas a nível nacional, sem distinção de cor ou tamanho, quer se trate de adultos ou crianças.

Observando as fichas do PC, notamos que algumas fichas de internamento e óbito não têm preenchido o NID (Número de identificação do doente). E quase todas as fichas têm apenas o endereço de localização do bairro e não da rua, da casa ou o contacto do paciente. Para o enfermeiro chefe, este fato explica-se porque existem muitas casas e ruas que ainda não foram enumeradas pelos órgãos competentes. Por enquanto, a localização das famílias é feita com ajuda do líder comunitário através da identificação do bairro. Observamos que, geralmente, os líderes comunitários, têm um caderno, onde estão registrados quase todos os membros da comunidade.

Conversando com o enfermeiro chefe, indagamos a causa da não separação dos PC de óbitos das altas, nas diferentes enfermarias, fato que levaria a melhor controle e localização dos mesmos, ao que ele nos explicou que, apesar de ter esta intenção, não dispunha de tempo hábil para fazê-lo, tal a sobrecarga de atividades a que está submetido. Geralmente, além de atender os pacientes internados e aqueles que vêm à unidade sanitária com casos complicados que exigem a observação de um enfermeiro com nível superior e não um técnico médio ou básico, ele desempenha algumas funções administrativas. Em vista disto, sugerimos que dialogasse com seus colegas, de modo que cada responsável de uma unidade de internamento separasse os PC de alta e óbitos em meses e serviços.

Esta situação revela claramente que os casos retratados na ocorrência¹⁸ servem simplesmente para preencher as estatísticas e não para serem estudados e

¹⁸ Geralmente, todas as segundas-feiras, das 7h às 7h 30 minutos, o diretor ou o médico chefe se reúne com toda a sua equipe para analisar e discutir a situação epidemiológica ocorrida na semana anterior, juntamente com algumas questões burocráticas ou administrativas.

investigados pelos médicos locais. Se estes casos fossem estudados, em especial os eventos relacionados aos óbitos, a unidade sanitária poderia desenvolver programas locais, voltados para as situações específicas observadas, gerando intervenções mais eficazes do que simplesmente a adoção e observância das recomendações sugeridas pelo Ministério da Saúde na luta contra um determinado evento ou a promoção de campanhas de educação sanitária.

E ainda por cima, esta desorganização dos processos clínicos reflete não só a precariedade dos dados do sistema de informação para a saúde, como também a subnotificação de casos de óbitos no Boletim Epidemiológico Semanal, revelando, outrossim, o porquê do contraste entre os dados apresentados no relatório de 2009 do SDSMAS e aqueles que encontramos nos processos clínicos concernentes ao óbito de crianças de 0-5 anos.

De acordo com MINAYO (1999), em estudos qualitativos o critério de amostragem não é numérico, mas deve ser capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Assim, por conveniência e numa tentativa de explorar com certa profundidade a qualidade da informação, de uma forma aleatória, além das mães das crianças, selecionamos também como informante 1 líder comunitário, 1 curandeiro e alguns pais que encontramos em casa.

O líder comunitário ou o curandeiro representam o depositário de conhecimento das tradições culturais da comunidade. Eles constituem a porta de entrada do sistema nacional de saúde na comunidade. Neste contexto, era conveniente ter contacto com estas pessoas para poder entender com mais profundidade os fatores sócio culturais que têm contribuído para a referida elevada taxa de mortalidade infantil.

Adicionalmente, convinha entrevistar os pais das crianças falecidas por estes terem também algum papel na decisão da saúde da criança.

2.7 Entrevistas semidiretivas.

“[...] trata-se de permitirmos que o próprio entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objeto perspectivado [...] a definição do objeto de estudo elimina do campo de interesse diversas considerações para as quais o entrevistado se deixa naturalmente arrastar, ao sabor do seu pensamento, e exige o aprofundamento de pontos que ele próprio não teria explicitado [...]” (RUQUOY,1997 p87)

Desta forma, elaboramos um guião em torno do nosso objeto de pesquisa que nos orientou nas entrevistas semidiretivas que realizamos na comunidade (vide anexo 4: Guião de entrevistas semidiretivas).

Antes de termos contacto com o nosso grupo social de pesquisa, no hospital distrital de Mopeia sede, conheci Nhandolo, um agente comunitário de saúde (ACS) de 27 anos. Na ocasião ele estava no posto de vacinação, na unidade sanitária, ajudando as mães a pesar seus filhos. Ao saber da minha pesquisa, ele se voluntariou para ser meu guia na comunidade. Mais tarde soube que ele era um agente comunitário que trabalhava em diversos projetos ou campanhas que o MISAU faz na comunidade, conhecendo todos os líderes de Mopeia sede, incluindo uma boa parte da população.

Na localidade sede do distrito de Mopeia, não há meios de transporte públicos ou privados que circulem dentro da localidade levando passageiros. A única opção de meio de transporte, por sinal privado, são os chamados “chapa 100” que trazem e levam passageiros de Mopeia sede para outras localidades, distrito ou para a cidade de Quelimane. Por este motivo, algumas vezes tivemos que percorrer vários

quilômetros a pé para localizarmos algumas casas dos nossos sujeitos de pesquisa e realizarmos as entrevistas semidiretivas. Por vezes, acontecia que depois desta maratona, não encontrávamos ninguém em casa. Muitas famílias saem de manhã e vão à machamba¹⁹ e só voltam no final do dia. Por este fato, uma boa parte das nossas entrevistas foi realizada no final do dia ou ao longo do fim de semana. Mesmo assim, as entrevistas foram consideradas adequadas e possibilitaram informações satisfatórias sobre práticas e saberes sócio culturais em relação à saúde, doença e morte de crianças de 0-5 anos na comunidade de Mopeia.

Para minimizar possíveis desconfortos que a entrevista pudesse trazer para os entrevistados, particularmente a mãe e o pai da criança falecida, além de endereçarmos as nossas sinceras condolências pela perda do filho/a, explicávamos que eles tinham o direito de não responder a perguntas as quais não pretendessem dar resposta e caso desejassem, poderiam interromper e deixar de participar da entrevista a qualquer momento que achassem conveniente, esclarecendo que isso não iria trazer nenhum problema para a família quanto à prestação dos serviços de saúde. Mas ao participar do estudo, estariam nos ajudando a tentar perceber a dimensão sócio cultural e os significados simbólicos criados nos eventos relacionados à saúde, doença e morte de crianças de 0-5 anos através das campanhas sanitárias na comunidade de Mopeia.

WILLIAM FOOTE-WHYTE (1990 p.81), ao chamar atenção para o comportamento que devemos ter no campo, afirma que ao participarmos das conversas do dia a dia da população em estudo, devemos avaliar a susceptibilidade

¹⁹ Pequena porção de terra (roça) utilizada pela maior parte da população para prática da agricultura de subsistência

das perguntas e fazer perguntas sensíveis só quando tivermos um relacionamento sólido com o entrevistado. Ou seja, devemos aprender com ele o momento apropriado para perguntar, assim como o que perguntar.

Pelo fato de falar de sexo abertamente ainda constituir um grande tabu em algumas famílias na comunidade, algumas mães, em particular, sentiam-se constrangidas de falar sobre a cerimônia que se realiza no nascimento e na morte de uma criança, por esta envolver relações sexuais. Mas à medida em que elas foram se habituando com a minha presença no campo, foram se abrindo e passaram a falar sem restrições, muitas vezes em língua local: xisena ou emacua.

2.8 Contribuição da observação e uso de diário de campo.

De acordo com ROCHA & ECKERT (2008 p.2), a observação é sem dúvida a técnica privilegiada para investigar os saberes e as práticas na vida social e reconhecer as ações e os significados coletivos na vida humana. Para GOMES et al (2000), na pesquisa qualitativa, observar significa “examinar” em todos os sentidos um determinado evento, um grupo de pessoas, ou um indivíduo dentro de um determinado contexto, com objetivo de descrever e, posteriormente, analisar e interpretar os dados. Por isso, o pesquisador deve levar consigo blocos de notas ou diário de campo para anotar as experiências observadas ou escutadas no cotidiano da investigação. Mas ao observarmos, devemos levar em conta que algumas ações observadas poderão ocorrer devido à nossa presença no campo.

Nos primeiros dias de trabalho de campo encontrei alguma resistência por parte de algumas mães em se abrir e relatar os fatos além do discurso oficial do governo. Cada vez que perguntávamos sobre aleitamento materno e uso de rede mosquiteira elas informavam que davam o aleitamento exclusivo a seus filhos até os seis meses e usavam rede mosquiteira, fato que contrastava com a realidade. Na verdade, observava-se na comunidade mães dando comida aos bebês logo aos dois ou três meses e algumas crianças dormindo fora da rede mosquiteira. Mas à medida em que o tempo foi passando, através da explicação que o líder comunitário e Nhandolo ia dando às famílias, elas passaram a depositar certa confiança em mim e começaram a se abrir.

2.9 Ele é um inspetor da saúde: A minha “conversão” ou aceitação no campo.

Tal como WILLIAM FOOTE-WHYTE (1990) em Cornerville, em Mopeia a nossa aceitação dependeu mais das relações pessoais que desenvolvemos com o nosso sujeito de pesquisa do que com as explicações que dávamos a nosso respeito. Porque as pessoas desenvolviam as suas próprias explicações sobre nós. Pelo fato de eu ser estranho ao grupo social e estar andando com um agente comunitário de saúde (Nhandolo), pairava no imaginário de algumas pessoas na comunidade de que eu era um inspetor da saúde que tinha vindo de Maputo (capital de Moçambique) para supervisionar as atividades da saúde, particularmente se as mães amamentavam os seus filhos e usavam redes mosquiteiras.

Sendo a malária a causa número um de mortes em Moçambique e pelo fato de muitas crianças naquele distrito estarem morrendo por desnutrição crônica aguda, o governo tem massificado campanhas de amamentação e uso de rede mosquiteira, particularmente entre as mulheres grávidas e entre aquelas que têm filhos menores de 5 anos.

A minha aceitação no campo por parte da comunidade, particularmente do grupo alvo da pesquisa, foi acontecendo paulatinamente através da explicação que o líder comunitário ia dando às famílias que eu era um simples pesquisador que pretendia colher dados para a minha dissertação de fim de curso e não um inspetor ou supervisor da saúde que vinha observar se eles cumpriam as recomendações do MISAU. Para eles, um pesquisador representa um indivíduo que vem investigar ou procura entender um determinado fenômeno na comunidade sem a intenção de condenar uma determinada prática ou saber da população.

Ao longo das conversas com Nhandolo e o líder comunitário (Kankutule), soube que a população tem certo receio de falar sobre as suas práticas e saberes quanto à amamentação e uso de rede mosquiteira, por estas práticas serem reprimidas pelo discurso oficial dos funcionários da Saúde na comunidade e nas unidades sanitárias.

Segundo o líder comunitário, ele foi o primeiro a me aceitar como “pesquisador”, porque ele tem trabalhado há bastante tempo com alguns indivíduos que vêm a Mopeia pesquisar e eu estava interessado em saber e compreender certas práticas que pouco a pouco irão se perder no tempo devido à modernização.

2.10 Aspectos éticos da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado no comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, através do protocolo nº2140 de 6 de Agosto de 2010 e cumpriu com a resolução nº196/96 do Ministério da Saúde do Brasil que regula a participação de seres humanos em pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa realizada em Moçambique, o projeto foi submetido também ao comitê Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) e o mesmo foi aprovado de acordo com a Ref.223/CNBS/10 de 06 de Julho de 2010 em anexo. E respeitou os princípios da Declaração de Helsinque que estabelece critérios para as pesquisas envolvendo seres humanos

Antes de cada entrevista foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Ver anexo) Foram explicados os objetivos da pesquisa e que a participação como informante é voluntária. Estando garantido que as informações colhidas durante as entrevistas ou sessões servirão somente para a atual pesquisa e não para outros aspectos que não sejam fins científicos ou acadêmicos.

Desta forma, em obediência aos comitês de ética, o pesquisador se responsabiliza em manter o anonimato, confidencialidade e privacidade dos sujeitos de estudo, através da não divulgação da identificação de nenhum participante da pesquisa. Assim, todos os nomes presentes na atual pesquisa são fictícios.

Cabe ressaltar que alguns dos nossos sujeitos de pesquisa, apesar não saberem ler e escrever assinaram com a digital os TCLE sem grandes explicações. Mas houve casos em que tivemos que negociar com os sujeitos de pesquisa. Alguns se sentiam mais à vontade quando as entrevistas não eram gravadas, permitindo que usássemos

mais o diário de campo. Outros, que estavam cansados de pesquisadores que não divulgam os resultados da pesquisa para a comunidade pesquisada, se sentiam agastados. Por isso, nos comprometemos a voltar e entregar uma cópia da nossa dissertação às instituições de ensino de Mopeia e aos líderes comunitários das áreas abrangidas pelo estudo, para que esta seja consultada e divulgados os resultados à comunidade.

2.11 Saindo do campo

A saída do campo ocorreu na primeira semana de setembro e suscitou algum cuidado. Ao entrar não sabíamos o que iríamos encontrar, particularmente por estarmos tentando compreender questões sócio culturais, que estão ligadas a universos cosmológicos da comunidade. E ao sair não queríamos deixar tão depressa o que encontramos, particularmente a saudável convivência de várias horas, que em poucos dias semeou uma relação boa. Reitero, porém, que em nenhum momento deixou de ser uma relação de pesquisa, na qual o pesquisado e o pesquisador respeitavam a posição diferente que ocupavam, para que a situação de troca servisse aos propósitos da pesquisa. De forma análoga ao que ocorreu quando iniciamos o trabalho de campo, agradecemos pessoalmente às famílias, ao líder comunitário, ao curandeiro e às autoridades do SDSMAS. Segundo VAN ZANTEN (2004), o pesquisador deve sair do campo conservando boas relações para ali regressar, caso for útil

RESULTADO E DISCUSSÃO

Capítulo 3: CAMPANHA DE AMAMENTAÇÃO

A pesquisa de campo, num registro atento e cauteloso das diferentes opiniões e interpretações, buscou compreender os significados sócio culturais relacionados à saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos na comunidade de Mopeia tendo por objeto as campanhas sanitárias governamentais em Moçambique, particularmente, vacinação das crianças, utilização das redes mosquiteiras e amamentação exclusiva até os 6 meses de idade. Contudo, reconhecemos com humildade que apesar de diversas questões que abordamos e discutimos como resultado de trabalho de campo ainda há diversos elementos que poderão ser revelados ou aprofundados em outras pesquisas.

3.1. Práticas e saberes sócio culturais sobre amamentação.

A prática de “aleitamento materno” é uma questão que pode ser interpretada de forma histórica, biológica, sócio cultural, econômica e psicológica.

A partir do século XX, particularmente logo após a segunda guerra mundial, o aleitamento materno artificial no mundo havia adquirido uma importância significativa em detrimento do aleitamento materno exclusivo pelo leite do peito da mãe. Um dos principais fatores que contribuíram para este fato foi à industrialização e o aperfeiçoamento das técnicas de esterilização do leite de vaca (MATAVEL, 2004). As indústrias produtoras de leite em pó, aliadas às grandes empresas publicitárias com objetivo de obter mais lucros, disseminavam que o leite em pó era melhor do que o leite materno, devido à sua praticidade, condições adequadas de

higiene e suprimento completo de todas as necessidades nutricionais do lactente, visto que este estava enriquecido com variadas vitaminas.

Porém, nas últimas décadas do século XX perante a elevada taxa de mortalidade infantil, diversos estudos foram feitos e comprovaram que o leite materno é melhor para o bebê do que o leite artificial devido a inúmeras vantagens, tais como elevado valor nutricional e imunológico, diminuindo a morbimortalidade infantil, favorecendo o pleno desenvolvimento da criança, apresentando menor risco de contaminação e fortalecendo a relação afetiva entre mãe e filho (ESCOBAR et al, 2002).

Perante estes fatos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e outras organizações governamentais, assinaram em Agosto de 1990 em Florença (Itália), a Declaração de Innocence. A referida declaração, revista em 2005, preconiza o incentivo ao aleitamento exclusivo materno por seis meses como objetivo ideal de saúde e nutrição infantil.

Ao mesmo tempo, formalizou-se um compromisso com a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” de tornar os “Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno” uma realidade em hospitais (UNICEF, 2005). Com este compromisso, as maternidades mudaram suas políticas de isolamento de bebês em berçários, fortaleceram os alojamentos conjuntos, treinaram equipes e passaram a estimular a amamentação desde os primeiros momentos após o parto.

Assim, em 2005, com a celebração da Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM), Moçambique lançou a sua primeira campanha de aleitamento materno exclusivo por seis meses a nível nacional (MISAU, 2009). Desde então, esta

celebração vem ocorrendo todos os anos na primeira semana do mês de agosto com objetivo de promover a prática de aleitamento materno.

Além do combate à elevada taxa de mortalidade infantil, a campanha de aleitamento materno exclusivo vem sendo intensificada nos últimos anos também como uma resposta à crise econômica que vem assolando o mundo, particularmente desde 2008. Além de reduzir custos de aquisição de mamadeira e leite artificial, ela reduz riscos de doenças, consequentemente reduzindo o número de consultas médicas, a aquisição de medicamentos e internações hospitalares, sobretudo por desnutrição crônica.

Para garantir o sucesso da campanha de aleitamento materno exclusivo, em Junho de 2009, o Ministério da Saúde aprovou o Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno em Moçambique para o período de 2009-2013 (15). Com este fim foram produzidos e afixados nas principais vias, em todas as capitais provinciais, em algumas Sedes Distritais e Unidades Sanitárias do país, painéis gigantes ou cartazes com imagens de mulheres ou famílias de diferentes regiões de Moçambique, promovendo o aleitamento materno exclusivo. Mas infelizmente,

durante os meses de Julho, Agosto e até a primeira semana de Setembro, no momento em que eu estive a colher dados em Mopeia, não contemplei nenhuma imagem de cartaz ou panfletos sobre amamentação fixados na unidade sanitária, nas principais ruas, nas instituições do governo ou na comunidade (diário de campo).

Perguntando ao agente de saúde de comunidade, o porquê da ausência dos cartazes, afirmou que raras vezes são feitas campanhas de grande envergadura na comunidade quanto à amamentação. Mas é frequente a realização de palestras com as

mulheres grávidas, nas quais elas são esclarecidas quanto ao conceito, à importância, vantagens e desvantagem do aleitamento exclusivo e do aleitamento complementado.

De acordo com a OMS (WHO, 2006), temos o aleitamento materno exclusivo quando a criança recebe somente leite humano de sua mãe ou ama-de-leite, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos. Isso significa que não se deve dar nenhum outro alimento sólido ou líquido como água, sumos, chá de raízes tradicionais e nem papas. O leite do peito é o melhor alimento para a criança até os 6 meses de idade porque contém tudo o que a criança necessita para crescer saudável e se desenvolver de forma saudável até os 6 meses. A amamentação exclusiva reduz a mortalidade infantil causada por doenças comuns na infância tais como diarreia, pneumonia e infecção respiratória, acelerando a recuperação durante as doenças e favorecendo o espaçamento entre as gestações.

A partir do sexto mês, pelo fato do bebê necessitar de mais variedade na alimentação, pode-se introduzir o aleitamento materno complementado. Mas a amamentação deve continuar até o segundo ano de idade e posteriormente. No aleitamento materno complementado, a criança recebe leite materno, sendo também fornecidos outros suplementos alimentares líquidos ou sólidos.

Fig2: Cartaz de aleitamento Materno.

Com base neste cartaz acima, cedido pelo SDSMAS sobre amamentação, a maior parte das mães afirmou que já ouvira falar sobre amamentação, mas o cartaz era a primeira vez que viam.

Enquanto algumas mães confirmaram que tinham tido conhecimento da amamentação exclusiva até os seis meses quando se dirigiam à unidade sanitária para fazer o controle pré-natal ou quando existia uma campanha sobre amamentação, outras mães afirmaram que jamais alguém lhes havia explicado sobre amamentação exclusiva até os seis meses. *Quando estive grávida não tive nenhum aconselhamento sobre a amamentação exclusiva, mesmo depois de ter o meu bebê* (Maria, 27 anos).

Quanto à mensagem contida no cartaz de que “*eu apoio a minha mulher a amamentar só e só com o leite do peito nos primeiros 6 meses de vida. E tu?*”, todas foram unâimes em afirmar que têm recebido apoio dos seus esposos para amamentar. Mas muitas vezes amamentam exclusivamente os seus filhos de 2 a 3 meses.

Para podermos entender e compreender a prática de amamentar de 2 a 3 meses, é fundamental compreendermos todo processo de socialização que envolve as mulheres com o nascimento, crescimento e a morte de uma criança.

3.2 Cerimônia pós-parto e morte de uma criança.

No contexto semi-urbano de Mopeia, onde convivem diversos grupos etnolinguísticos, poderão existir outros rituais ligados à saúde, doença e morte de crianças de 0-5 anos, mas de acordo com os meus informantes, a maior parte das pessoas, não todas, praticam estes rituais tradicionais. As filiações religiosas e o processo de socialização em que cada família foi e está submetida, tem desempenhado um papel fundamental, não só na tomada de decisão para a realização da cerimônia pós-parto e morte de uma criança, assim como sobre os processos de saúde e doença, especialmente em circunstâncias em que existem várias alternativas e crenças ligadas aos espíritos dos antepassados.

3. 2.1 Cerimônia pós-parto “Mazade”

Tradicionalmente, na maior parte das famílias em Mopeia, quando uma mulher tem um parto, acredita-se que se encontra impura, devido ao líquido que sai com rompimento da bolsa amniótica, particularmente o sangue vaginal proveniente

do rompimento dos vasos sanguíneos com a expulsão da placenta. Crê-se que ela deve passar por um processo de limpeza e purificação para reaver o seu equilíbrio social (HOWANA 2003), particularmente a harmonia com os espíritos dos antepassados. O processo de purificação é uma das condições fundamentais para a reintegração social. Com este fim, chamam um curandeiro para fazer uma cerimônia de purificação²⁰ denominada “*mazade*”. Além de medicamentos que o curandeiro entrega à mãe para ela e seu filho tomarem banho, tanto a criança como os seus pais devem usar um cordão na cintura ou no pescoço até a criança completar 3 meses ou mais, dependendo da decisão dos pais. O referido cordão serve para proteger a criança das obras de feitiçaria e daqueles indivíduos que estão “quentes” ou impuros. Acredita-se que todo e qualquer indivíduo que na noite anterior teve relações sexuais, poderá transmitir certas doenças ao bebê, tais como diarreia e doença de susto denominada “*tutumuka*” em emacua. E aquela mulher que pegar o bebê enquanto estiver menstruada também poderá transmitir diarreia para a criança. Esta diarreia resultante da “poluição” pelo sangue menstrual da mulher é considerada violação de uma normal social.

Em princípio toda mulher quando atinge a sua primeira menstruação passa por um processo de socialização no seio familiar. De uma maneira geral, as famílias com poder socioeconômico elevado enviam suas filhas para o rito de iniciação, o que não acontece com aquelas que não possuem meios financeiros. Além de roupas novas para a filha e contribuição para a festa, no final do rito de iniciação deve-se pagar os mestres de cerimônia. Na essência, o rito tem como objetivo educar a jovem

²⁰ De acordo com DOUGLAS (1991 p.49), o rito de purificação de uma mulher pós-parto tem a sua origem na antiguidade entre os judeus.

no sentido de como ela deverá se comportar em sociedade (SUBUHANA 2001). Todavia, muitas famílias em Mopeia, pelo fato de não terem condições socioeconômicas favoráveis, não enviam suas filhas para o rito de iniciação. A educação da rapariga é feita pela própria mãe em conjunto com a avó, caso ela esteja viva ou uma tia mais velha. Durante alguns dias, a avó ou a tia mais velha, convidada pelos pais, hospeda-se em casa da jovem donzela ou esta é encaminhada para passar alguns dias em casa da avó ou tia. Nesses dias, ocorre a transmissão de conhecimento sobre a forma como ela deve se comportar perante os rapazes, as raparigas da sua idade e indivíduos idosos ou mais velhos em relação a ela. Ela já não é mais uma criança, é uma donzela que a qualquer momento poderá vir a contrair matrimônio. E nos dias em que ela estiver menstruada não deverá pegar nenhuma criança recém-nascida se não for sua, sob o risco de causar alguma doença.

É neste contexto que se acredita que toda e qualquer mulher adulta conhece esta norma. E aquela que a violar não terá boas intenções e, conseqüentemente, poderá vir a ser acusada de feitiçaria. Assim, como uma norma de conduta social, toda mulher menstruada não toca em nenhum bebê alheio que não seja o seu, sob pena de lhe causar doenças.

Caso a mulher não realize a cerimônia pós-parto, acredita-se que ela está impura e qualquer homem que posteriormente venha a manter relações sexuais com ela poderá contrair certos tipos de doença como a tuberculose, hérnia e doenças de transmissão sexual. Ora, aqui encontramos mais uma violação de uma norma de conduta social, só que desta vez, acredita-se que a origem da doença é uma sanção dos espíritos dos antepassados da família da mulher por ela não ter cumprido com o ritual de purificação pós-parto.

E se acontecer que a mulher tiver o parto enquanto o pai da criança estiver ausente, por exemplo, trabalhando no estrangeiro, ela deverá fazer uma parte da cerimônia pós-parto, deixando a outra para o regresso do marido. No entanto, enquanto a criança estiver crescendo, poderá ocorrer que o cordão se arrebente sozinho, caso a mãe tenha visto onde a corda caiu poderá apanhar e guardar até o dia em que se realizar a cerimônia final para a retirada do cordão dela. A cerimônia consiste na retirada do cordão, o banho com água contendo certos remédios tradicionais e a realização de relação sexual pelo casal. Esta constitui a parte final da cerimônia.

Aqui podemos observar que há transmissão de uma herança cultural de hábitos, valores, idéias e costumes das pessoas mais experientes no seio da comunidade ou da família para os mais novos, quanto à construção de certos saberes e práticas na educação de uma jovem para ser futura mãe e esposa. E a decisão de amamentar exclusivamente ou não uma criança, depende mais dessas práticas e saberes que ela adquire culturalmente no meio familiar ou da comunidade, do que de experiências que estão fora do seu contexto (OLIVEIRA 2007). Ou seja, muitas mães, apesar de já terem ouvido e sido aconselhadas na unidade sanitária acerca da amamentação exclusiva por seis meses, não aderem a esta nova prática devido ao processo de socialização que elas estão submetidas na família e na comunidade. Algumas até manifestam a intenção de seguir a prática da amamentação exclusiva por seis meses, mas não aderem, porque as experiências que lhes são transmitidas e que elas vivenciam não são compatíveis com o aconselhamento que elas recebem na unidade sanitária ou por parte de um agente comunitário de saúde na comunidade.

No hospital nos disseram para amamentar até a criança completar seis meses, mas eu tenho cerimônia de Mazade [...] meu filho mamou sem comer nada até os 5 meses, altura em que cumpri com a cerimônia”

Além disso, elas temem ter uma “crise de consciência”, caso aconteça alguma coisa ao filho por elas terem seguido a nova prática de amamentação, contrária à vivenciada no seu grupo social.

De acordo com DOUGLAS (1976 p.31) a experiência que nos transmitem e que vivenciamos, quanto mais compatível for com o nosso passado, mais confiança teremos nas nossas suposições. Há uma tendência de ignorarmos ou deformarmos os fatos que perturbam as nossas idéias preconcebidas, pois se aceitarmos poderemos ser obrigados a mudar a estrutura das nossas suposições. À medida que o tempo passa, um indivíduo vai adquirindo e acumulando experiências que o tornam liberal e conservador em algumas áreas de acordo com o processo de socialização a que ele foi submetido. Assim, pode ser que com o tempo, através de várias campanhas de sensibilização, com exemplos práticos de algumas mães que amamentaram exclusivamente os seus filhos por seis meses, muitas mães possam seguir ou incorporar esta nova prática de amamentação.

3.3. Início da alimentação de um bebê segundo a concepção das mães.

Depois da realização da cerimônia pós-parto, geralmente quando a criança tem 3 meses, acredita-se que ela já está forte o suficiente para começar a comer papas. Mas algumas mães afirmaram que logo no segundo mês começam a dar

maheu (bebida caseira feita de farinha de milho e açúcar) com bolachas, pelo fato de seus filhos chorarem muito e por não terem condições de comprar leite artificial para suplementar a alimentação do bebê. Eis o extrato da fala da senhora Vecani (25 anos)

“O meu filho que perdi. [...] deixou de mamar com 18 meses e começou a comer papas e tomar maheu misturado com bolachas quando ele tinha 2 meses [...]”

Uma outra senhora, a Nheleti, 27 anos, retrata o seguinte cenário:

“[...] minha mama não sai leite [...] talvez seja problema da família (observa-se aqui que ela acredita que este problema seja espiritual) No hospital aconselharam a comprar leite no mercado, latogêneo [...] Eu estava a comprar, mas o problema é que estavam a vender muito carro [...] esta criança mamou duas vezes e depois fomos ao mercado comprar maheu aí no mercado [...] leite cada lata vendiam por 160 meticais, maheu vendiam por 5 meticais [...] O meu primeiro filho morreu com 5 anos, o segundo com 4 meses e este o terceiro no ano passado com 3 meses [...]”

Resultados semelhantes a estes, com exceção da introdução de *maheu* e papas, já haviam sido encontrados por LUNET et al (2002). Ao estudarem a prevalência de aleitamento materno em Maputo, chegaram à conclusão que cerca de um terço das crianças eram alimentadas exclusivamente com leite materno até os três meses de idade. E cerca de dois terços receberam apenas leite materno ou leite materno e água durante este período. Está prática frequente em muitas regiões de Moçambique tem contribuído para a fraca imunidade das crianças perante as doenças infecciosas.

A introdução precoce de alimentação antes de seis meses, deve ser vista como uma norma social pré-estabelecida no ideário de certas famílias. Porque existe uma crença que depois de realização do ritual pós-parto a criança já está apta para comer. Por outro lado, devemos ver também o âmbito do processo de socialização

em que esta mãe foi e está inserida. Em Mopeia, uma mãe quando tem o seu filho, seja pela primeira ou segunda vez, devido à sua inexperiência²¹ em cuidar do recém-nascido, a mãe da mulher ou do marido tem obrigação moral de cuidar da parturiente, no mínimo durante um mês. Nesse período em que ela passa a viver, geralmente, em casa da sua filha ou nora, ela tem a obrigação de transmitir o seu conhecimento materno à recente jovem mãe. Os tais conhecimentos não se limitam a ensinar como dar banho ou trocar as fraldas de um recém-nascido, mas estende-se à identificação de sintomas de certas doenças e como ela deve amamentar o seu filho.

É dentro deste contexto de socialização que a jovem mãe interioriza conceitos, valores, crenças, costumes, hábitos e cultura do seu grupo social e passa gradualmente a tornar-se uma mãe experiente dentro da comunidade. Entende-se aqui por cultura uma teia de significados que o homem vai tecendo ao longo da sua existência, através de um processo contínuo no qual os indivíduos dão sentido às suas ações. E ela ocorre na mediação das relações dos indivíduos entre si, na produção de sentidos e significados, possuindo assim um caráter objetivo e subjetivo. (GERTZ 1989). Para GEERTZ essa “teia” de significados é uma linguagem e não apenas regras e valores que se introjetam nos indivíduos, assim sendo a cultura é algo mais dinâmico, ou seja, podem coexistir aspectos tradicionais com outros assimilados, na prática dessa “teia de significados”.

Questionando uma mãe sob o porquê de ela ter iniciado tão cedo a introdução da alimentação da criança aos 3 meses, uma vez que ela já havia sido

²¹ Queremos salientar que as mulheres começam a ter filhos com 12 anos. Muitas mães por nós entrevistadas tiveram os seus primeiros filhos entre 15 a 17 anos. Esta situação tem contribuído também para a desistência nas escolas.

sensibilizada por agentes da saúde através de palestras na altura da gravidez sobre aleitamento exclusivo, ela afirmou o seguinte:

“meu filho eu já tive duas crianças antes de DEUS levar esta [...] e todas elas nasceram e cresceram [...] eu aprendi com a minha mãe e sogra como cuidar de uma criança [...]” (Sara, 35 anos)

Um resultado idêntico foi encontrado recentemente num estudo de revisão bibliográfica feita por SANGALLI et al (2010) quanto a influencia das mães, sogras, particularmente as avós, no processo da amamentação exclusiva. Muitas vezes, por elas terem nascidos num contexto de socialização em que não se valorizava a aleitamento exclusivo, elas tendem a transmitir as suas experiências às jovens mães. Assim, a decisão que muitas mães na comunidade tomam para amamentar exclusivamente ou não, depende muito mais do grupo social em que ela está inserida do que a sua decisão individual e consciente. Pois elas são influenciadas por práticas tradicionais que são transmitidos de geração em geração. Também, devemos ver essa questão em termos de existência de unidades sanitárias.

A introdução de unidades sanitárias em Moçambique ocorreu com a colonização portuguesa. Mesmo após a independência, devido à guerra civil que durou 16 anos entre a FRELIMO e a RENAMO, uma boa parte de moçambicanos não tiveram acesso a uma unidade sanitária. Os partos eram feitos por parteiras tradicionais (HOWANA 2003). E a jovem mãe, pela ausência de unidade sanitária ou por está se localizar a vários quilômetros de distância da sua parentela, criava o seu filho com os recursos da medicina tradicional. Hoje, com o fim da guerra civil, ainda existem localidades em Moçambique que não têm uma unidade sanitária (caso de Conho, N’zanza e Mungane no posto administrativo de Campo em Mopeia). Este fato tem

contribuído não só para ocorrência de muitos partos não institucionais como também para a não consolidação da amamentação exclusiva.

Um fato curioso, é que no dia em que eu e o Nhandolo, fomos em casa de um dos líderes comunitários de Mopeia sede, a filha do líder comunitário acabava de ter um parto em casa. Perguntando ao líder, o porquê de não ter levado a filha ao hospital para ter um parto institucional, ele referiu que todos os seus filhos foram nascidos em casa, assistidos por uma parteira tradicional. Este fato despertou a minha atenção, por ele está vivendo cerca de 20 minutos a pé de uma unidade sanitária. E por ele ser um intermediário entre o povo e o governo, supõe-se que ele deveria ser um exemplo, uma vez que ele tem sido a porta de entrada de todas as campanhas sanitárias na comunidade. Porque sendo ele alguém influente na comunidade estava tomando tal atitude? Esta questão remete-nos outra vez ao processo de socialização. Pelo fato de ter nascido e crescido num ambiente em que havia escassez de unidades sanitárias e a maior parte dos partos terem sido realizados em casa, hoje, mesmo com uma unidade sanitária próxima, ele opta por um parto não institucional devido ao processo de socialização primária.

Cabe salientar aqui, que em Moçambique existe um programa de apoio às parteiras tradicionais. De acordo com a Estratégia para o Fortalecimento das Parteiras Tradicionais elaborado pelo Ministério da Saúde (MISAU 2009), tendo em conta que

[...] cerca de 15% dos partos podem ter complicações que necessitem de Cuidados Obstétricos de Emergência para a sua solução, e que nem sempre é possível prever quando uma complicação vai ocorrer, o MISAU decidiu redirecionar a intervenção da parteira tradicional, passando da assistência a partos para a promoção do parto institucional e da saúde materna e neo-natal a nível da comunidade, realizando o parto higiênico e prestando cuidados essenciais ao recém-nascido apenas em situações de emergência (MISAU 2009 p.6).

Ou seja, as parteiras tradicionais devem ser envolvidas somente nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Os partos caseiros, somente poderão ser realizados em caso de emergência. Por isso, elas devem encaminhar todas as mulheres grávidas para a consulta pré-natal, mas principalmente as parturientes para o parto na maternidade e as puérperas para a consulta pós-parto e do recém-nascido.

3.4 Concepções nativas do processo saúde-doença

Tal como HOWANA (2003) e MENESES (2009) demonstraram em seus estudos, nas comunidades rurais em Moçambique, enquanto a saúde é vista como o estado natural e esperado da pessoa, a doença constitui uma anomalia, uma ruptura que exige uma explicação além da medicina ocidental. Em Mopeia, a concepção do que é saúde e doença, não se diferencia desses e de outros estudos tais como o de GRANJO (2009) em Manica.

Na comunidade de Mopeia, a causa da doença é vista a partir de duas concepções etiológicas distintas: as doenças naturais ou simples e as doenças sobrenaturais ou complexas.

As doenças naturais²² ou simples são aquelas causadas por forças e condições naturais e não causam um desequilíbrio social, tais como a tosse, constipação, dores de cabeça, febre ligeira, dores de estômago e algumas diarreias provenientes da

²² Acredita-se que as doenças naturais, passam depois de 2 ou 3 dias.

ingestão de algum alimento estragado ou quando a criança está para sair dentes e começar a andar. Geralmente, estas são tidas como doenças transitórias, que não representam nenhuma ameaça à harmonia social do indivíduo dentro da comunidade. Os sintomas destas doenças podem passar facilmente através da administração de um remédio receitado pelo médico num hospital ou uma instituição moderna de assistência médica ou ainda por um herbanário ou curandeiro, sem necessariamente ter que se consultar espíritos quanto à causa da doença.

3.4.1 Causas naturais da diarreia.

Existem múltiplas causas naturais que são atribuídas à diarreia, tais como a comida mal preparada ou estragada, comer restos do dia anterior, comer coisas que o estômago fraco da criança não consegue digerir, dar de beber à criança água suja. Algumas mães usam a metáfora “doença de DEUS” para caracterizar uma doença natural. Para elas a diarreia de “Deus” representa aquela que as crianças têm quando estão saindo os primeiros dentes e aprendendo a andar. Nesta fase, acredita-se que é normal ela ter diarreia porque “*criança é como galinha*” (Nhati, 23 anos) come de tudo que encontra no chão.

De acordo com um dos curandeiros de Mopeia (Magude, 57 anos), existem vários sintomas, tais como a criança apresentar nos primeiros dias barriga inchada e depois começar a ter uma diarreia avermelhada ou amarelada com sangue e ranho, os olhos ficarem amarelados. Geralmente, neste estado a criança perde apetite de comer, apresenta-se pálida e têm vômitos.

O tratamento para estes conjuntos de causas são feitos à base de raízes fervidas com sal ou misturadas com papas. Quando a criança ainda for muito pequena, ou seja ainda não tendo completado 3 meses, esmaga-se certas folhas e raízes e se dá de beber à mãe. Neste caso, acredita-se que a criança receberá o tratamento através do leite do peito da mãe. Mas caso passem alguns dias e a diarreia não tenha cedido, cabe levar a criança à unidade sanitária ou a outro curandeiro.

3.4.2 Causas sobrenaturais da diarreia.

Por sua vez, as doenças complexas são aquelas causadas propositadamente por intervenção de seres humanos e sobrenaturais, causando assim um desequilíbrio social de um determinado indivíduo na sociedade. Este desequilíbrio é causado, porque a doença afeta e interfere tanto na vida do indivíduo doente como na dos seus próximos, particularmente familiares, amigos e vizinhos.

As causas sobrenaturais das doenças são várias, desde a violação da abstinência sexual durante o período da amamentação de uma criança, feitiço ou até a não realização da cerimônia pós-morte de um parente.

3.4.3 Violação da cerimônia pós-parto

Acredita-se que quando uma criança durante o período da amamentação apresenta sintomas de sustos constantes, seguida de uma diarreia líquida (“Omtupha

Mwana” em emacua) com fios brancos idêntico a ranho e vômito é porque ocorreu a violação da abstinência sexual pelos pais da criança. Ou seja, os pais da criança só devem ter relações sexuais após a realização da cerimônia pós-parto.

Se caso, o adúltero tenha sido o pai da criança, ao chegar em casa e pegar no seu bebê recém-nascido, ele deve pronunciar as seguintes palavras “*eu sou teu pai, não te assustes*”. Esta norma, além de garantir que o bebê não tenha doença de susto, revela a prática de infidelidade do homem perante a mulher ou a cuidadora da criança.

Por outro lado, existem também certas normas de conduta social que obrigam a mulher a manter abstinência sexual durante o período da amamentação do seu filho. Na impossibilidade de ela fazer sexo com o seu marido por ele também ter assumido a necessidade de abstinência sexual até a realização da cerimônia final pós-parto, ela não deve nem em sonhos cometer adultério. Se porventura ela cometer adultério em sonho, ou seja, sonhar tendo relações sexuais com alguém que não seja o seu marido, ao despertar do sonho e pegar no seu bebê, este poderá se assustar e ter diarreia devido ao leite, supostamente “impuro” que estará tomando. (MARRATO et al, 1995) Ou seja, pelo fato da mãe estar impura, o leite materno fica automaticamente também impuro, prejudicando assim, a saúde do seu filho. Acredita-se que em alguns casos, se isto não for tratado devidamente, poderá conduzir à morte da criança. Para DOUGLAS (1976), a crença do ritual de purificação compreende um sistema de valores que regula a convivência num determinado contexto social. Graças aos perigos que ameaçam os transgressores, isto tem servido para influenciar o comportamento das pessoas no sentido de não agirem de uma forma contrária às leis axiomáticas da moral e do convívio social. Os

referidos rituais dão certa unidade às práticas e saberes da comunidade. Por meio deles, as estruturas simbólicas são elaboradas à luz de experiência diária da construção da realidade da vida cotidiana. Neste processo, os elementos e as experiências díspares são relacionados para que estes adquiram um sentido e significado, que deve ser identificado pelos membros da comunidade.

Quase todos nossos entrevistados acreditam que no caso da violação do ritual pós- parto, não adianta levar a criança para o hospital, mas sim para um curandeiro que conhece o remédio para essa doença, porque ou o pai ou a mãe da criança ou ambos violaram a norma de conduta social vigente. Mas caso os pais da criança decidam levar ao hospital, deve-se levar também ao curandeiro, senão a criança poderá perder a vida.

Ora, aqui podemos observar que pelo fato das dimensões físicas e sociais da doença estarem interligadas como fenômenos sociais, a cura exige a descoberta das causas que estão além da sua manifestação física. Acredita-se que a causa da doença não se limita aos aspectos físicos visíveis, mas estende-se a questões sobrenaturais que envolvem espíritos dos antepassados. Sendo assim, o processo de cura enquanto resolução de um problema passa a ser duplo, porque envolve não só o restabelecimento do equilíbrio físico, mas do também psicológico e emocional (espiritual) para que seja estabelecida a harmonia com os antepassados (HOWANA 2003; GRANJO 2009; MENESES 2009). Assim, para manter uma boa saúde, é fundamental ter boas relações com os espíritos dos antepassados através do cumprimento de certas normas pré-estabelecidas.

SILVA (1998) assinala que não podemos ver os espíritos dos antepassados como figuras diabólicas, por supostamente causarem ou permitirem certo tipo de

doenças em represália à negligência de seus descendentes vivos, que deixam de praticar certos rituais, expressar veneração, oferecer sacrifícios ou infringem uma norma social, porque eles estão sempre no cotidiano protegendo-os e garantindo seu bem-estar.

Podemos observar também que, pelo fato de um dos progenitores do recém-nascido ter transgredido uma norma social estabelecida, através do adultério, as consequências recaem particularmente e de forma direta no recém-nascido e não no infrator. Ele simplesmente sofre os danos colaterais da sua infração, tais como a represália dos familiares e do seu parceiro ou uma “crise de consciência”, por ser a suposta causa da doença do filho.

3.4.4 Cerimônia pós-morte de uma criança.

Após a morte de uma criança, o casal ou a família deve obrigatoriamente realizar uma cerimônia para a purificação da casa e apaziguar a alma do defunto. Caso contrário, acredita-se que outros membros da família poderão vir a contrair doenças ou acidentes que os levem à morte. O referido ritual depende muito do credo religioso que um determinado indivíduo tem. De modo geral, o ritual consiste nas seguintes etapas:

Após o enterro da criança, a família, os vizinhos e os amigos dos familiares voltam à casa da família enlutada, onde é servido chá ou qualquer coisa para comer. Mas, antes de entrar em casa, na porta de entrada da casa (geralmente na porta do quintal) deve estar uma bacia ou balde com água para todos que foram ao enterro lavarem as mãos. Este ato simboliza a purificação das mãos para poder comer

e não contrair no futuro alguma enfermidade. Em termos de saúde pública, este ato representa boa conduta de higienização das mãos para a prevenção de certas doenças infecciosas.

A partir das 20h todos os vizinhos e acompanhantes devem regressar às suas casas, somente alguns familiares do ente querido é que devem ficar. Mas depois de 2 dias os familiares também devem regressar às suas casas, porque no 3º dia irá se realizar uma cerimônia íntima entre o casal, que já cumpriu o “ntula” (significa que eles participaram, segundo a tradição, da morte da criança). O fato do casal manter relação sexual antecedido de um banho de ervas ou tomada de medicamento tradicional, não significa o fim da cerimônia, mas o retorno à vida normal íntima do casal e à comunidade.

Em seguida, chama-se o “nharumbe” (alguém que corta cabelo) para cortar um pouco o cabelo no lado direito da cabeça, no esquerdo, na nuca, no meio e na frente ou então se raspa a cabeça toda, simbolizando o luto do ente querido.

A duração do luto muda de família para família, poderá levar 3 meses, 6 meses, 1 ano ou mais. Esta fase *“é o tempo ideal recomendado para se consultar os curandeiros sobre a causa da morte da criança.”* (Nhatose, 25 anos, perdeu um filho em 2009). Se a morte teve influência de feitiçaria ou de um espírito de antepassado que está reivindicando o não cumprimento de algumas normas, tais como a prática de cerimônia aos antepassados, o casal deverá procurar se tratar, ou atender o desejo dos espíritos dos antepassados, caso contrário, outros infortúnios poderão ocorrer. Caso a morte tenha sido causada por um feitiço, dependendo do credo religioso, o indivíduo poderá pedir o curandeiro que se lance um feitiço contra o feiticeiro. Ou entregar tudo nas mãos de “DEUS” e proteger a sua família contra futuros feitiços. Algumas

vezes, o líder comunitário e o responsável da AMETRAMO têm intermediado conflitos sociais que envolvem acusações de prática de feitiçaria.

A senhora Nhati (23 anos) relatou que perdeu um de seus filhos no ano passado com 2 meses de idade, supostamente por ter uma doença chamada “iale”²³ em emacua. Ela só descobriu que tinha essa doença quando foi ao curandeiro à procura da causa espiritual que tinha contribuído para a perda de seu filho. Atualmente ela tem um filho de 4 meses, mas ainda está fazendo o tratamento com o referido curandeiro até que a criança complete 6 meses. O tratamento dela se iniciou logo nos primeiros meses de gestação.

“Quando estava grávida fui outra vez ao curandeiro e ele me disse para tomar banho com este remédio e quando a criança nascer não dar nome antes de tratamento terminar [...]”. (Nhati, 23 anos).

No fim do tempo estipulado pelo casal para estar de luto, convidam-se parentes e amigos para a realização da cerimônia final, que culminará com a retirada do luto. No referido dia programado, toda roupa, manta, incluindo cama ou esteira que foi usada pelo casal durante a época de luto, deverá ser jogada no mato ou no cemitério. Geralmente o casal, na época de luto, dorme no colchão ou na esteira e usa roupas que sabe de antemão que terão que ser descartadas.

“[...] então se for a cama convencional deverá ser desmontada, tradicionalmente desmonta-se e deixa-se a parte, e deve-se dormir na esteira durante o tempo que estiver de luto [...] quando chegar a vez, esta esteira e o cabelo rapado e as roupas, metade da manta, toda a indumentária que foi usada durante o luto vai ao mato [...] a volta do mato deve tomar banho e por boa roupa, a partir deste dia, toda a roupa que você guardava, pode utilizar agora, porque acabou a cerimônia da criança. (Magude, curandeiro)

²³ Doença que afeta as mulheres quando elas têm um bebê que acaba por perder a vida, geralmente, antes dos seis meses. Alguns dizem que isto se deve ao fato da mulher ser esposa de um espírito .

Nesta fase final da cerimônia o curandeiro não entra. Enquanto o casal está descartando a roupa, os familiares em casa devem preparar água para tomar banho e roupas limpas. A partir desse dia, pode-se voltar a usar qualquer indumentária e voltar a dormir normalmente na cama.

Este processo ritual implica numa ruptura com a experiência passada que provocou o estado de poluição (morte), evitando assim a contaminação da família em geral. As roupas que o casal descarta, além de estarem associadas à morte, representam a escuridão, a tristeza e a poluição da vida social do casal. Por isso, deve haver uma limpeza de purificação para se prevenir de algum infortúnio. Ao jogarem fora as indumentárias juntamente com o cabelo que foi raspado ou cortado no início da cerimônia de luto, simboliza-se o renascer para a vida. Ou seja, o cabelo simboliza a vida, o estado emocional e espiritual de um indivíduo.

Por outro lado, este ritual revela que a morte tem um significado muito vasto e continua a ser um mistério. Ela não se limita ao desaparecimento dos processos vitais. Acredita-se que as crianças e os jovens, pela sua imaturidade e pouca influência vital são excluídos dos grupos dos espíritos dos antepassados.²⁴ Todavia, deve-se fazer a cerimônia pós-morte, caso contrário, a alma do falecido não descansará em paz. Consequentemente, os espíritos dos antepassados poderão trazer alguma desgraça para os familiares do defunto.

²⁴ Geralmente, são tidos como espíritos dos antepassados, as pessoas adultas ou seniores que conviveram com os seus familiares e têm uma certa experiência de vida. Quando eles morrem sua alma vai para o céu, mas o seu espírito fica na terra para proteger os seus familiares. Eles podem ser espíritos bons ou maus. Tudo depende da harmonia que os familiares vivos estabelecem com o mundo dos mortos.

Na essência, a prática do rito de purificação pós-morte representa um sistema de intercâmbio entre os vivos e os mortos. Um indivíduo só têm valor enquanto a sua vida estiver ligada aos espíritos dos antepassados, que lhe garantem a proteção contra todos os males e a sua sobrevivência. Através das cerimônias fúnebres, patenteiam-se as raízes culturais, crenças e consolidam-se os valores religiosos, particularmente a crença na vida pós-morte (EVANS-PRITCHARD, 1978).

3.5 AMAMENTAÇÃO E HIV/SIDA

A questão da amamentação e HIV/SIDA, ao mesmo tempo que constitui uns dos maiores dilemas e desafios da saúde pública, representa uma controvérsia, porque tanto a posição de amamentar como a de não amamentar, envolve riscos para a saúde e sobrevivência das crianças. Este é um dilema que afeta mais os países em vias de desenvolvimento, é o caso de Moçambique, onde a taxa de prevalência de HIV/SIDA ronda atualmente em 11,5% (MISAU, 2010) e muitas crianças ainda morrem por doenças infecciosas e má nutrição.

Neste subcapítulo, procuramos, sem aprofundar, sinalizar esta controvérsia, baseando-se em alguns programas e políticas assumidas pelo MISAU no âmbito da promoção da amamentação exclusiva no contexto de HIV/SIDA, por ela não constituir um dos objetivos do nosso trabalho. Mostrando, mais uma vez, as limitações das intervenções do Sistema Nacional de Saúde e a falta de consonância com a vida da população na comunidade.

3.5.1 Política e Estratégias Relacionadas à PTV

De acordo com dados da UNICEF (2010), em Moçambique existem cerca de 149.000 mulheres grávidas vivendo com o vírus de HIV/SIDA e aproximadamente 85 bebês são infectados diariamente pelas suas mães (transmissão vertical), durante a gravidez, parto ou amamentação. A taxa de prevalência é mais

elevada entre as crianças menores de um ano (2.3%) em relação às crianças de 1-4 anos (1.7%) (MISAU, 2009c p59). Não obstante, estima-se que o risco de transmissão do HIV através da amamentação seja de 15% (UNICEF, 2010).

Em 2002, com o objetivo de reduzir a transmissão vertical a nível nacional, de uma forma gradual, o governo em parceria com várias ONGs começou a implementar o Guião para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV) aprovado pelo MISAU em 2001 (MISAU, 2004 p.66). E em 2004, com base no referido guião e outros instrumentos, particularmente as recomendações da OMS, foi criada a primeira Estratégia Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV) (MISAU 2006 p19). Recentemente, em Junho de 2009, o Ministério da Saúde aprovou o primeiro Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno em Moçambique para o período de 2009-2013 (15) que integra a componente da Alimentação Infantil no contexto do HIV. Na essência, esses documentos baseiam-se nas recomendações feitas pela OMS em 2001 e revista em 2006. Adotando essas recomendações, as mulheres grávidas vivendo com HIV são informadas sobre as possíveis opções de amamentação e são aconselhadas para que façam uma escolha informada sobre a prática de alimentação a adotar. As mães que optarem por não amamentar, são aconselhadas a observar os critérios da AVASS (Aceitável, Viável, Acessível, Sustentável e Segura), ou seja, se a alimentação substituta é aceitável, viável, acessível, sustentável e segura tanto para ela como para o seu bebê. Caso seja AVASS, recomenda-se que ela evite qualquer forma de amamentação mista. (MISAU, 2009d)

A inclusão dos critérios do AVASS além de apontar uma diferenciação socioeconômica entre as classes sociais, teoricamente possibilita que as mães

vivendo com vírus HIV, particularmente em países em vias de desenvolvimento como Moçambique, onde a maior parte da população ainda vive na pobreza, tenham uma opção de escolha, mas na prática ela impõe que as mães com HIV positivo amamentem os seus filhos por seis meses. Ou seja, se uma determinada mãe vive em circunstâncias sociais de pobreza e não tem condições de garantir uma alimentação aceitável, possível, disponível, sustentável e segura para o seu filho, lhe é recomendado optar por uma amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida, ficando o seu filho exposto à infecção pelo HIV.

Mas, segundo a OMS (2010) a profilaxia antirretroviral dada à mulher durante a gravidez e parto – e ao seu bebê logo após o parto – reduz drasticamente a probabilidade da mãe passar o HIV ao seu bebê, constituindo também um tratamento para a própria mãe.

Um estudo feito na África do Sul revela que as mães que amamentam exclusivamente os seus filhos têm 4% de chances de transmitirem o vírus aos seus filhos durante a amamentação se elas estiverem cumprindo o TARV para o PTV (COOVADIA, et al 2007). Mas se ela não tiver nenhuma intervenção, a possibilidade de transmitir o vírus durante amamentação aumenta entre 10% a 20% (KARICO et al, 2010) Para KUHN et al (2008), a prática de amamentar exclusivamente pode transmitir o vírus, mas é também uma fonte de nutrição e proteção contra as doenças infecciosas. Um desmame brusco aos seis meses tem sido recomendado para contrabalançar este risco enquanto se preserva os benefícios nutricionais e imunológicos através da amamentação no momento em que as crianças mais precisam.

Entretanto, mesmo que estudos venham comprovando a redução da transmissão vertical do HIV através da amamentação exclusiva durante 6 meses e a disponibilidade de recursos terapêuticos capazes de reduzir a infecção no recém-nascido, este continua representando um problema dilemático para a maioria das mulheres que vivem em regiões com poucos recursos, porque entre outras coisas, não têm tido poder de escolha.

Resultados recentes de um estudo feito por KARICHO, et al (2010) em Addis Abbaba, capital da Etiópia, apontam que as mães com HIV positivo, durante o processo de aconselhamento sobre as possíveis opções de amamentação dos seus filhos, demonstraram ter maior receio de amamentarem exclusivamente durante os 6 meses por existir o risco de transmissão de vírus HIV através do leite materno. Muitas mães optaram pelo método de amamentação através da fórmula infantil. Mas, por não terem condições de serem elegíveis aos critérios de AVASS, isto é, estarem vivendo numa situação de pobreza lhes foi lhes imposto seguirem a amamentação exclusiva por seis meses.

Alguns países como o Brasil, para evitar a transmissão do vírus HIV através da amamentação, optam por recomendar à mãe HIV positiva não amamentar o seu bebê com leite do peito e sim com a alimentação de substituição da fórmula infantil. E a mãe soropositiva, além de ter sua lactação inibida logo após o parto por enfaixamento ou uso de inibidor de lactação, recebe apoio tanto da equipe de saúde como das pessoas em quem confia para não se sentir discriminada por não estar amamentando (BERGMANN, 2006). Esta posição do Brasil tem contribuído bastante para a redução de casos de transmissão vertical de vírus de HIV. Esta poderia ser a principal recomendação para ser adotada pelo governo em

Moçambique. Porém, alguns estudos feitos (THIOR, et al 2006) mostraram que a amamentação com a fórmula infantil elimina a possibilidade de transmissão do HIV através do leite do peito, mas em países em vias de desenvolvimento, particularmente na África Subsaariana, onde a maior parte da população não tem acesso a água potável e saneamento básico, tem contribuído para o aumento da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas como a pneumonia, desnutrição e a diarreia. Estudo feito por NDUATI et al (2000) no Kenya (Naiorobi) mostrou que as crianças nascidas de mães com HIV positivo que foram amamentadas com a fórmula infantil, num contexto urbano em que existiam as condições básicas de higiene e acesso a água potável, tinham mais chances de sobreviver até os 2 anos do que as crianças amamentadas exclusivamente durante os 6 meses.

De acordo com o MISAU (2009) em Moçambique, onde a alimentação de substituição da formula infantil (leite artificial) não tem sido uma opção viável para a maioria das mulheres, visto os critérios da AVASS não serem facilmente observados, particularmente para as mulheres que vivem nas áreas rurais devido à questão da pobreza, má nutrição e doenças infecciosas, entre outras, as provenientes de falta de saneamento do meio e higiene, tem-se recomendado a opção pela prática do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses e um desmame precoce e rápido. Não obstante, recomenda-se também não fazer uma amamentação mista, porque o leite da mamadeira pode enfraquecer o revestimento do estômago do bebê, permitindo que o HIV do leite materno entre na corrente sanguínea do bebê.

Em Moçambique, particularmente em Mopeia, muitas mães com HIV positivo sentem-se obrigadas a optar pela recomendação de amamentar exclusivamente o seu filho devido ao elevado custo de aquisição da fórmula infantil, aliado à falta de ajuda

por parte do Estado em garantir gratuitamente a referida fórmula e à escassez de abastecimento da água potável. Ao mesmo tempo, esta posição nos faz levantar outra questão. Até que ponto esta mãe irá amamentar exclusivamente o seu filho durante os 6 meses, num contexto em que diversas questões sócio culturais, ligadas, entre outras, à prática da cerimônia pós-parto ou à crença de que o bebê não fica saciado com o leite materno, têm contribuído para amamentação mista?

De acordo com MISAU (2005), apesar de 94% das crianças serem amamentadas ao peito até os 12-15 meses de idade, somente 30% abaixo dos seis meses de idade recebem aleitamento materno exclusivo. Ou seja, 70% das mulheres tem introduzido a partir dos 2 ou 3 meses de idade, água, medicamentos tradicionais por via oral e papas, expondo assim, o seu filho a contrair certas doenças infecciosas. Esta questão poderá estar contribuindo para aumento de número de infecções por HIV durante a amamentação.

Para evitar que as mães HIV positiva transmitam o vírus através da amamentação mista, o Ministério da Saúde, além de estar criando grupos de apoios para ajudar essas mães e distribuindo um kit básico alimentar²⁵ constituído por produtos como arroz, açúcar, farinha e feijão (MISAU 2009d), deveria ajudar todas as mães, que não têm condições de observar os critérios de AVASS, com a fórmula infantil para o bebê e não somente um kit alimentar básico para garantir que ela não abandone o TARV e tenha um bom aleitamento materno.

²⁵ Reconhecendo que a qualidade do tratamento é indispensável para o sucesso do TARV em 2009 o governo introduziu, um 'kit' alimentar e nutricional para os doentes em TARV, em particular do PTV. Mas existem muitos indivíduos soropositivos que ainda não são beneficiados pelo Kit.

Se Moçambique pretende ter uma geração sem HIV/SIDA através da amamentação, deve investir não só no tratamento da mulher grávida infectada pelo vírus com a triterapia, mas acima de tudo, na disponibilização de abastecimento de água potável, particularmente nas regiões carênciadas como o distrito de Mopeia e na distribuição gratuita da fórmula infantil para as mães com HIV positivo no processo de amamentação.

3.5.2 Fábrica de Antirretrovirais.

No âmbito de cooperação entre o governo de Moçambique e do Brasil, desde 2008 está decorrendo a transferência de tecnologia para a implantação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos. Este projeto de cooperação está sendo desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde de Moçambique e o Instituto de Tecnologia em Fármacos de Brasil (Farmanguinhos/Fiocruz) (FIOCRUZ 2009).

A implantação desta fábrica, além de levantar grandes desafios para os pesquisadores na área de produção de medicamentos, particularmente os antirretrovirais, irá permitir um aprimoramento científico dos profissionais de saúde na área de investigação e irá contribuir para uma maior soroprevalência de indivíduos vivendo com HIV/SIDA, tanto em Moçambique como noutros países, que irão se beneficiar dos genéricos produzidos.

Estima-se que existe no país 1,6 milhão de pessoas infectadas com o vírus causador da SIDA. Neste momento, cerca de 200 mil doentes de SIDA estão sendo beneficiados pelo TARV e mais de 500 mil carecem deste tratamento. Cabe ressaltar

que o TARV é a grande esperança dos doentes de SIDA para prolongarem as suas vidas, visto que esta doença ainda não tem cura e nem vacina.

Não obstante, ao mesmo tempo em que isto irá contribuir para a expansão e acesso gratuito ao TARV, levanta-se a questão do controle e acompanhamento dos doentes em TARV, para garantir a eficácia dos esforços no combate ao HIV/SIDA. Para tal efeito, deverá ser criado um sistema de organização que englobe não só a expansão do TARV, mas inclua também, o acompanhamento dos doentes. Consequentemente, poderá se verificar não só a redução do número de mortes, mas também da desistência ao tratamento por diversas razões que mais adiante analisaremos.

A introdução desta fábrica traz também a expectativa da expansão no país do tratamento com a triterapia (mais conhecida como coquetel). A triterapia é a associação de três antirretrovirais num único comprimido formado por Niverapina, AZT e 3TC (MANHICE, 2011). Além de ser eficaz na redução do número de novos casos de infecção pelo HIV, permite simplificar o tratamento e confere maior proteção à mãe. Esta triterapia já está sendo utilizada para o tratamento em Moçambique desde 2009

Por outro lado, espera-se também que esta fábrica venha produzir genéricos do pacote do PTV mãe-bebê, chamado de "inovação para uma geração livre do HIV". Trata-se de uma caixa colorida cheia de medicamentos contra o vírus, que está sendo administrado pela UNICEF em fase experimental em 30 mil mulheres grávidas no Quênia, Camarões, Lesoto e Zâmbia com objetivo de interromper a transmissão do vírus HIV para os bebês (REUTERS, 2009). Acredita-se que com este pacote mãe-bebê, que contém todos os remédios e instruções necessários para proteger uma mãe infectada com o HIV e seu recém-nascido, mesmo se ela nunca

visitar uma clínica novamente depois do parto ou for uma mãe analfabeta, se consiga eliminar a transmissão do HIV de mães para filhos.

3.5.3 Prováveis causas de desistência do TARV e da PTV

O recente Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA), revelou que, embora 52% das mulheres e 48% dos homens tenham o conhecimento que a transmissão do vírus pode ocorrer durante a amamentação e que o risco dessa transmissão pode ser reduzido se a mulher tomar medicação especial durante a gravidez, (MISAU 2009c p59) diversos fatores socioeconômicos e culturais têm contribuído para que muitas mães interrompam o TARV no início do tratamento, ao realizar o teste de HIV nos pais quando o bebê completa 18 meses e na espera dos resultados de seus bebês.

Na essência, a referida desistência do processo de TARV pediátrico está relacionada aos seguintes fatores: as longas distâncias que as mães com HIV positivo e outros pacientes percorrem para levantar os medicamentos ou fazer testes na unidade sanitária; os efeitos colaterais dos comprimidos, que para alguns pacientes são pesados; o receio de serem discriminadas na comunidade ou serem abandonadas, culpadas pelos maridos e familiares por ter um filho HIV positivo (AIM, 2010). Cabe assinalar que também existem doentes que abandonam o tratamento quando se sentem melhores, ignorando por completo as recomendações médicas.

Mas uma vez, estes fatos revelam que em vez de se gastar fundos com diversas campanhas sanitárias, que por vezes não levam em conta o contexto e a

particularidade sociocultural de cada região, o Estado devia investir mais na construção de unidades sanitárias, na disponibilização do TARV pediátrico e maior coordenação entre os diferentes atores (Saúde, Agricultura e comunidade) para melhoria de conhecimentos e práticas nutricionais na comunidade.

Por outro lado, devemos observar também, que até certo ponto as limitadas intervenções do MISAU têm contribuído para esta situação. Ora vejamos, em Moçambique, o tratamento²⁶ e acesso ao PTV continuam extremamente limitados em nível nacional, especialmente nas áreas rurais, onde os partos tradicionais em casa continuam a prevalecer. Estima-se que apenas 6,9% das 150 mil crianças soropositivas do país estão em tratamento. E das 10.477 que recebem antirretrovirais, mais de 40% estão na província de Maputo, capital de Moçambique (UNICEF, 2009).

De acordo com o MISAU (2009 p140), no âmbito da estratégia de prevenção da transmissão do vírus da mãe para o filho, as crianças em risco, isto é, nascidas de mães infectadas por HIV devem ser testadas quanto ao HIV usando técnica de PCR²⁷ (Reação de Cadeia Polimerase) até os 18 meses de idade e com testes convencionais além dessa idade. Mas em Moçambique, o referido teste só existe no hospital central de Maputo (AIM, 2010). A falta de expansão deste serviço para as províncias e distritos poderá estar contribuindo para a morbimortalidade de crianças.

²⁶ O tratamento antirretroviral tanto de criança como de adultos é disponibilizado aos pacientes duma forma gratuita e administrado em todos os indivíduos que tiverem uma quantidade de células do sistema imunológico (CD4) inferior a 200 e 350 para as mulheres grávidas. (MANHICE, 2011a)

²⁷ Um exame mais sofisticado para testar crianças com menos de 12 meses

Recordar que, o acompanhamento dos doentes em TARV requer a realização de exames específicos como o ‘CD4’, que visa contabilizar o número de células protetoras existentes no organismo do paciente, o que permite aferir a eficácia do TARV. Porém, ter resultado do CD4 ainda constitui um verdadeiro desafio visto que existem, em nível nacional, apenas 40 máquinas especializadas para analisar estas células nos hospitais centrais e provinciais. Perante esta realidade, muitas mulheres grávidas têm entrado em desespero porque os resultados podem ser obtidos tanto em curto espaço de tempo, como depois de muitos meses (MANHICE, 2011).

Assim, há uma necessidade urgente de expansão, apetrechamento e sofisticação dos laboratórios em todas as unidades sanitárias do país. E a formação de quadros da saúde para auxiliar no controle de qualidade e na obtenção de melhores resultados no TARV.

3.5.4 O HIV/SIDA diante do casamento prematuro

Em Moçambique, tanto a lei da família como a constituição da república não prevê a poligamia, mas esta tem sido uma prática muito comum, particularmente no contexto rural, onde as crianças são consideradas prontas para o casamento depois de passarem pelos ritos de iniciação ou terem a sua primeira menstruação²⁸, ou antes, da primeira relação sexual (CNCS, 2010; NHANTUMBO-DIVAGE et al , 2010).

²⁸ Ao longo do processo de socialização, particularmente quando ocorre a primeira menstruação, a qual representa a passagem para a vida adulta, a jovem passa a ser educada para enfrentar um lar. Muitas vezes, através do rito de iniciação, ela aprende a ser uma mulher submissa e a satisfazer obrigatoriamente os desejos sexuais do seu parceiro quando ele tiver necessidade, não podendo ela

Esta situação tem influenciado algumas mocinhas nas zonas rurais no sentido de não concluírem o ensino primário obrigatório. Dados do MISAU (2005) indicam que 18% de mulheres jovens, com idade compreendida entre os 20 e os 24 anos, contraíram matrimónio antes dos 15 anos de idade e 56% antes dos 17 anos.

Estes casamentos, muitas vezes, chamados de prematuros ou precoces estão relacionados às dinâmicas das relações cotidianas que as pessoas vão desenvolvendo ao longo do processo de socialização dentro de um determinado contexto. Um estudo feito por NHANTUMBO-DIVAGE et al (2010) mostra que nas comunidades rurais, o casamento das jovens adolescentes, não é visto como “premature” ou como uma forma de violação dos direitos da criança emanados pelas convenções internacionais e pelas normas jurídicas internas, instituídas para tal efeito. Ele é visto como uma prática sociocultural tradicional ou costumeira que estrutura as relações estabelecidas entre os diferentes grupos familiares que constituem a comunidade. Contudo, muitas vezes, a prática de casamentos ditos “premature” tem sustentado e mantido as desigualdades de género, reservando à mulher e à mocinha um estatuto social secundário, aumentando assim, a vulnerabilidade da mulher, em particular, perante as doenças infecciosas. Além disso, as relações de género baseadas em relações desiguais de poder, bem como as dinâmicas do casamento favorecem o homem nas decisões relativas às necessidades económicas e sexuais.

Assim, enquanto que o referido casamento para os pais representa aquisição de certos bens com o pagamento do lobolo (dote) e alguém que possa

discutir aspectos ligados à eventual infidelidade do homem. Ou seja, além de ser passiva em relação ao parceiro, ela tem tido pouca comunicação e negociação acerca do sexo

cuidar tanto da filha como deles, para a filha o casamento representa um momento de emancipação para a vida adulta, oportunidade de se tornar econômica e socialmente independente, um momento de mobilidade e prestígio social na estrutura familiar e na comunidade. Para o homem, que geralmente é alguém muito mais velho que a mocinha, representa prestígio social e uma estratégia para a procriação e aumento de mão-de-obra disponível para a agricultura familiar (NHANTUMBO-DIVAGE et al 2010).

Mas este casamento diante da expansão de níveis de propagação de HIV/SIDA se torna uma preocupação da saúde pública, particularmente em virtude das redes de poligamia e infidelidade. De acordo com MSAU (2009c) 20% das mulheres vivem numa situação de poligamia, particularmente nas zonas rurais. Uma prática que tem a tendência a aumentar com a idade e diminuir com a escolaridade, tanto nos homens como nas mulheres. Em 15% dos casais, um ou ambos os parceiros estão infectados por HIV. No geral, 11.1% das mulheres e 3.7% dos homens de 15-24 anos estão infectados por HIV. Apesar de alguns estudos feitos levantarem a hipótese de que a prática da poligamia nas zonas rurais tem menor possibilidade de promover a transmissão do HIV pelo fato das redes que se sobrepõem estarem limitadas às unidades conjugais e não mais, constituindo uma espécie de “rede fechada”, (CNCS, 2010), a transmissão de HIV através dos casamentos “prematureos” deve ser vista de uma forma muito cuidadosa.

Se uma mulher mais jovem casa com um homem mais velho e este tem objetivo de fazê-la segunda mulher para ter mais filhos, a vulnerabilidade da mulher em contrair o vírus de HIV/SIDA aumenta. Teoricamente e perante as normas costumeiras, este homem pode ter duas ou mais mulheres, mas na prática ele pode

estar envolvido com outras parceiras. Porém, mais estudos devem ser feitos, especificamente com este grupo, para se ter a magnitude da incidência e prevalência de HIV perante o fenômeno de casamento “premature”.

Por outro lado, devemos observar que hoje devido à dinâmica da sociedade aliada à política do governo em incentivar as mocinhas a estudarem e a permanecerem mais tempo nas escolas, há uma tendência muito forte de mudança de hábitos. A nova geração de jovens aposta mais nos estudos e em ter poucos filhos. Mas um novo fenômeno começa a surgir e tem contribuído significativamente para aumento de casos de HIV, parceiros múltiplos e concomitantes²⁹.

3.5.5 Conhecimento sobre HIV/SIDA

Numa tarde de sol por volta das 15horas, conversava com o líder comunitário, que se mostrou interessado em me apresentar à senhora Belly, de 22 anos que estava naquela altura amamentando a sua criança, sendo ela HIV positiva. Ao chegarmos, na sua casa, ela estava sentada numa esteira, dando de comer ao bebê

²⁹ Em Moçambique, os cenários de parceiros múltiplos e concomitantes incluem: a “casa dois”, onde os homens com mais meios financeiros mantêm relações de apoio material e duradouras com várias mulheres; as parcerias intergeracionais entre homens mais velhos, muitas vezes casados, com mulheres mais jovens; homens móveis, tais como os mineiros emigrantes que mantêm relações nos seus distritos de origem e nos locais onde se encontram; as mulheres que são deixadas pelos homens móveis que formam relacionamentos durante a sua ausência; jovens que têm parceiros múltiplos ou grande troca de parceiros sexuais devido à busca de satisfação sexual e influência da mídia; mulheres jovens que possuem vários parceiros para apoio material ou bens de consumo desejados; trabalho convencional de sexo comercial com um elevado número de parceiros; e purificação sexual da viúva. (CNCS, 2010 p2)

xima³⁰ com molho de tomate. Ao nos ver chegar, quis levantar-se para nos oferecer um banco para sentarmos, mas de antemão recusamos e sentamos junto com ela na esteira. Após o líder ter feito a apresentação, ela se mostrou disponível para conversar, mas pediu que a conversa fosse feita na língua xisena por ela não falar bem o “txizungo” a língua portuguesa. Sendo esta a minha língua nativa, concordei imediatamente. Ela contou que o bebê tem 4 meses de idade e que foi aconselhada no hospital a não dar leite artificial, papas ou xima ou água antes de 6 meses. O leite de peito tem todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento de uma criança.

Mas a minha mama não sai muito leite [...] esta criança aqui costuma chorar muito de fome [...] não tenho dinheiro para comprar leite [...] às vezes eu dou água e papas

Além do fator supostamente biológico e socioeconômico que ditaram que a senhora Belly corresse o risco de transmitir o vírus HIV/SIDA ao seu filho, depois de várias horas de conversa ela revelou também que alguns familiares e a sogra lhe aconselharam-na para tal atitude. Observa-se aqui, que a atitude que algumas mães com HIV positivo tomam para não amamentar exclusivamente os seus filhos, ocorre não porque haja falta de informação, ou simples ignorância da mãe, que em alguns casos até poderá ser verdade, mas devido ao contexto sociocultural em que ela está inserida.

Um estudo feito por MATAVEL (2004) mostra que crianças que são amamentadas frequentemente, recebem grande quantidade de água através do leite materno. Cerca de 90% do leite materno é composto de água. Por isso, ao dar água

³⁰ Massa espessa, geralmente feita de farinha de milho, mapira, mexoeira ou uma mistura de milho com mapira.

ao seu bebê, a mãe corre o risco de introduzir bactérias ou outros agentes patogênicos, dando assim ensejo ao aparecimento de doenças oportunistas como diarreia e outras doenças infecciosas no bebê. Sendo Mopeia um distrito sem água canalizada, a contaminação pode vir tanto da água como dos utensílios que são usados para a conservação da água.

3.5.6 Crenças na batata africana como paliativo.

Existe também, uma crença na comunidade de que pessoas infectadas por HIV/SIDA, em particular aquelas que estão amamentando seus filhos enquanto são HIV positivas, devem tomar remédio feito com a batata africana³¹ (Namuassa em língua Emacua), Aloe vera e outras plantas como a moringa para aliviar a suas dores e aumentar a imunidade.

“Quando eu estava grávida no hospital me falaram que eu tinha SIDA [...] costumo tomar remédio do hospital (Antirretrovirais) mas também tomo remédio da batata africana porque falaram- me que é bom para essa doença” (Belly, 22 anos)

Mas estudos feitos recentemente por pesquisadores norte-americanos, mostram que a referida batata africana (*Hypoxis hemerocallidea*) pode interferir no metabolismo dos inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa (Nevirapina e Efavirenz) e dos Inibidores da Protease (CARTER, 2010). Ou seja, pessoas com HIV

³¹ Muitas pessoas com doenças crônicas acreditam que esta batata é um remédio que alivia as suas dores e particularmente levanta a imunidade em relação ao HIV/SIDA.

positivo, que estão fazendo o TARV devem evitar a batata africana porque ao se tomar as duas medicações juntas. Esta última pode inibir o efeito da droga anti-hiv.

3.5.7 Prováveis razões sobre a perda de eficácia da batata africana

No início do ano 2000 quando o índice de soroprevalência de HIV/SIDA começou a aumentar em Moçambique, assistiu-se a um fenómeno desusado de pessoas a procura de plantas medicinais (batata africana e aloevera) como paliativas para fraca imunidade. Como consequência deste fenómeno, verificou-se em nível ambiental a falta de reposição destas plantas, devido ao consumo excessivo e em nível económico, um elevado custo de aquisição das mesmas, sob alegação de estarem rareando nas matas.

Para o senhor Magude, a vulgarização e o uso desenfreado de alguns medicamentos da medicina tradicional pela população lhes retira o poder de cura. Eis a razão pela qual a batata africana não está fazendo mais efeito. Além disso, as pessoas devem usar as plantas mediante o aconselhamento de quem tem domínio dos efeitos terapêuticos das mesmas,

“[...] porque tudo fora de controle de quem sabe, pode não curar [...] muitas vezes as pessoas não sabem, mas as plantas antes de serem entregues aos pacientes são apresentadas aos espíritos, e são eles que dão poder de cura.”

Prosseguindo, ele explicou que um curandeiro, antes de ir ao mato cavar um remédio (extrair a raiz de uma planta) ou tirar certas folhas medicinais, entra em contacto com os seus espíritos para lhes indicar o local e o tipo de remédio que ele deve buscar. Ao

chegar em casa, através de certos rituais, ele invoca os seus espíritos para lhe ajudar a preparar as plantas de modo que estas tenham efeito curativo. Relata ainda que

“por isso, muitas pessoas que compram remédios na rua ou no mercado, não chegam a alcançar a cura pretendida, porque aquelas plantas foram extraídas sem se ter em conta determinados rituais”.

Não obstante, ele acredita também que alguns indivíduos de má intenção, como os feiticeiros, por vezes interferem com a sua magia, inutilizando o poder curativo de certas plantas que não passaram por certos rituais, para perpetuar o mal num determinado indivíduo. Supostamente esta é uma das razões também que tem contribuído para o fraco poder de cura de certas plantas medicinais.

Falando de sua experiência, ele mencionou que tem atendido algumas pessoas infetadas pelo vírus de HIV/SIDA. Ao mesmo tempo em que ele aconselha as pessoas a fazerem o TARV, ele dá alguns medicamentos tradicionais para combater as doenças oportunistas e dar maior imunidade ao corpo. Cabe salientar que atualmente o governo, através da Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO³²) tem promovido formações sobre HIV/SIDA para os médicos tradicionais. Mas, mesmo assim, uma boa parte dos médicos tradicionais ainda não foi abrangida pelas formações.

Um dos objetivos dessas formações é capacitar os médicos tradicionais quanto à sintomatologia do HIV/SIDA para encaminhar os pacientes à unidade sanitária.

³² AMETRAMO é a primeira associação de médicos tradicionais de Moçambique, fundada em 1991

Capítulo 4: SANEAMENTOS DO MEIO E HIGIENIZAÇÃO

Cerca de 884 milhões de pessoas no mundo, particularmente em países em via de desenvolvimento, vivem sem acesso à água potável e saneamento básico (UNICEF, 2010). Este fato tem contribuído, fundamentalmente, para a morte anual de cerca de 1.5 milhões de crianças menores de 5 anos por doenças infecciosas como a diarreia e a cólera. (UNICEF, 2009)

Em Moçambique, apesar de se ter registrado um relativo progresso nos últimos anos em relação ao saneamento do meio e água potável, mais de 50% da população continuam a não ter acesso a saneamento básico. Estima-se que, somente, 47% da população que vive nas zonas urbanas contra 53% das áreas rurais é que tem acesso ao saneamento adequado. Por outro lado, cerca de 30% dos agregados familiares das zonas rurais, comparativamente a 70% das zonas urbanas são os que têm a disponibilidade de usufruir da água potável (INE, 2009). Tanto a higiene precária como a falta de saneamento adequado e água potável têm contribuído em cerca de 90% para todas as mortes por doenças diarreicas, particularmente em crianças menores de 5 anos.

De acordo com os dados do INE (2009), em relação ao saneamento e abastecimento de água potável, a província da Zambézia, apresenta uma situação deplorável, com mais de metade da população rural vivendo em condições extremamente precárias, desprovida de fontes de água canalizada e de latrinas. Estima-se que, 76% de agregados familiares nas zonas rurais da província da Zambézia consomem água proveniente de fontes não protegidas (SETSAN, 2009).

Para ultrapassar esta situação, o governo provincial, em colaboração com diversos parceiros tem vindo a construir latrinas, fontanários e a desenvolver ações de sensibilização e educação sanitária sobre as boas práticas de higiene e saneamento do meio com objetivo de influenciar a mudança do comportamento dos cidadãos relativos a quatro simples hábitos: uso correto da latrina, lavagem das mãos com água limpa e sabão ou cinza, consumo de água limpa e tratada e deposição adequada do lixo. Mas pelo fato das ações do governo, particularmente a construção gratuita de latrinas para as populações mais carênciadas e abertura de furos de água na comunidade estar sendo feitas numa forma lenta e gradual, a maior parte da população, ainda se socorrem de água imprópria para o consumo e pratica o fecalismo a céu aberto junto às margens dos rios e riachos (TALÚ, 2007). Este fato tem contribuído para o aumento da morbidade e mortalidade por doenças diarréicas, particularmente entre as crianças menores de cinco anos.

4.1 Fecalismo a céu aberto

Em Mopeia a prática de fecalismo a céu aberto, particularmente, nas margens do rio Cua-Cua por parte de alguns indivíduos, ainda continua a ser um entrave na luta contra as doenças diarréicas. Caminhando pela comunidade, observa-se que algumas famílias que vivem em casas do tipo palhota, ainda não têm latrina. E ao longo das margens do rio Cua-Cua, tanto mulheres como homens, de todas as idades, agachadas de cócoras praticam o fecalismo a céu aberto. Ademais, alguns indivíduos também, quando contraem diarreia, por não terem tempo de deslocar-se para o rio ou mata, optam por abrir uma pequena cova ou defecar e tapar as fezes com areia em redor do seu quintal. Na época da chuva, os agentes patogênicos

causadores da diarreia disseminam-se facilmente para algumas fontes de água, particularmente poços tradicionais e rios. Este fato tem sido não só um dos veículos de transmissão da diarreia mais de outras doenças infecciosas como a leptospirose, hepatite e esquistossomose. (CAIRNCROSS et al 2010)

De acordo com Nhandolo,

Este é um hábito antigo [...] algumas pessoas mesmo tendo latrinas vão no mato ou no rio defecar [...] você pergunta porquê diz porque não tem latrina ou porque quando vai ao rio aproveita defecar e tomar banho [...]

Por outro lado, esta é uma questão que deve ser vista não só no âmbito dos hábitos que um determinado indivíduo foi adquirindo ao longo do processo de socialização, mas também nas ações efetivas dos programas do governo no contexto da promoção de saneamento do meio e higiene. Ora vejamos: de que forma podemos sensibilizar um indivíduo a não praticar o fecalismo a céu aberto, se o mesmo não tem uma latrina no seu quintal? Como poderá ele construir uma latrina se vive com menos de um dólar por dia?

A limitação de intervenção de diversos programas do governo em garantir a contínua construção gratuita de latrinas para a população mais carente, associadas a políticas e programas que não levam em conta a realidade de vida da comunidade, tem contribuído, até certo ponto, para a prática do fecalismo a céu aberto. E conseqüentemente para a morte de indivíduos por doenças diarreicas, particularmente entre as crianças menores de 5 anos. Desta forma, podemos observar que a prática de fecalismo a céu a aberto tem ocorrido não só por causa de certos hábitos provenientes do processo de socialização, mas acima de tudo, porque uma parte da população não tem condições de construir latrina.

Neste contexto, o cenário de fecalismo a céu aberto pode ser invertido não só através de contínuas e intensas campanhas de educação comunitária, mas particularmente através da construção gratuita de latrinas melhoradas para a população

4.2 Rio Cua-Cua

Fig 3: Imagens do rio Cua-Cua - Mopeia, população lavando, higienizando e buscando água na bomba manual

Ao circular ao longo das margens do rio Cua-Cua, o qual se localiza nas imediações da vila, observa-se uma parte da população buscando água, tomando banho, lavando a roupa e higienizando alguns utensílios domésticos. Mas o fato que me causou certa indignação foi contemplar certas mães a tomarem banho e a darem banho aos seus bebês nestas águas meio estagnadas. (diário de campo)

Fato curioso é que logo na entrada principal do rio, ao lado da ponte, existe uma placa que alerta a população a ter cuidado no rio porque existe “Ngoná” (crocodilo). De acordo com Nhandolo, até o mês de Agosto de 2010, cerca de 13 pessoas foram vítimas de ataques de crocodilo. Não obstante, algumas mães relataram ter noção de que no rio existe crocodilo e que a água não é apropriada para

o consumo, mas perante a limitada intervenção do governo na disponibilização da água potável, vêm-se obrigadas a frequentar assiduamente o rio. Para elas, as crescentes filas que se fazem nas bombas manuais e a escassez de bombas de água na comunidade têm contribuído para este fato. Eis o que retrata a fala a seguir:

“Falta de torneiras, aqui não tem bombas, as bombas que tem estão cheias de bichas (fila), agora para você estar na bicha para lavar é arrasca, por isso estamos a vir lavar aqui.” (Nhagua, 25 anos)

Outros alegam que pelo fato de estarem vivendo perto do rio, é mais fácil lavar a roupa, tomar banho, higienizar os utensílios e levar um pouco de água para casa do que aguentar as enormes filas que se fazem nas bombas manuais de água. Muitas vezes, nestas bombas de água, os maiores frequentadores são mulheres adultas (86%) contra 9% das raparigas com idade inferior a 15 anos. (INE 2009 p12) Em média, um indivíduo demora na fila cerca de 45 minutos ou mais, dependendo da afluência naquele momento.

Por outro lado, no âmbito da cobertura de água potável em Mopeia, dados disponíveis indicam que o distrito não possui nenhum sistema de água canalizada. A população, apenas se beneficia de alguns furos equipados com bombas manuais, poços tradicionais, cisterna e rios (SDSMAS, 2010). É neste contexto que devemos entender a higienização e a busca de água pela população no rio Cua-Cua. Para eles é mais fácil, lavar a roupa e tomar banho no rio do que formar filas nas bombas manuais em busca de água. Assim, enquanto ainda se criam condições para a instalação de uma rede de abastecimento de água, o Estado deveria abrir mais poços de água com bombas manuais de modo a reduzir o tempo de espera nas filas e a ida da população ao rio em busca de água para higienizar-se e para consumo.

Ainda de acordo com dados oficiais, como forma de minimizar o aparecimento de doenças diarreicas, na época chuvosa, o governo tem distribuído frascos de certeza (purificador de água) e colocado cloro em diversos poços. Mas esta ação, algumas vezes, não tem sido pacífica. Alguns indivíduos, mesmo perante as campanhas de educação sanitária, têm disseminado na comunidade, que em vez de cloro, o governo está colocando cólera nos poços (SERRA, 2003; CONSO, 2010; SDMS 2010). Uma das estratégias adotadas, para convencer o contrário, tem sido purificar a água e beber na presença da população. Para PASSADOR E THOMAZ (2006), muitas vezes, fatos idênticos a estes acontecem, não por uma mera ignorância da população, mas porque as campanhas de educação sanitária efetuadas pelo governo e seus parceiros não têm levado em conta as crenças ou a concepção da comunidade sobre uma determinada questão ou fenômeno. Por sua vez, SERRA (2003) argumenta que esta crença reflete uma história falsa para sublinhar um conjunto de problemas reais, desde a crise de privações, ausência de diálogo e inexistência de esclarecimento atempado e permanente entre o Estado e a população. Na realidade, ela serve como um tubo de escape para a população criticar um Estado que não as ouve, não as ajuda e com elas não dialoga. Desta forma, a crença na transmissão de cólera pelo cloro, não é irracional, mas coerente com a consciência de privações entre o que se quer e o que não se tem.

4.3 Higienização dos utensílios.

Pelo fato de, não existir água canalizada da torneira, em algumas casas a higienização dos utensílios é feita duma forma que deixa um pouco a desejar. Ora vejamos,

“hoje passei o dia todo a conversar em casa do senhor Nhatite, depois de almoçarmos [...] observei que todos os pratos, incluindo a panela foram lavados na mesma água que já estava meio suja e postos a secar numa mesinha feito de pau para o efeito” (diário de campo).

Nota-se que nem todos têm esta mesinha, a maior parte da população, coloca os pratos, supostamente “limpos” numa bacia. Esta situação despertou-nos a curiosidade em perceber a percepção local do conceito limpo. Afinal quando é que eles consideram um objeto está limpo ou a água esta limpa para o consumo? Para muitos um objeto ou a água está limpa quando nele não há sinais visíveis ao olho humano de nenhuma sujidade. Por exemplo: apesar da água em que foram lavados os pratos e as panelas estar meio turva, os pratos são considerados limpos porque neles já não existem mais restos de comida. A água que eles buscam nas bombas ou rio é considerada limpa se a mesma estiver coberta e guardada num recipiente fechado. Mas em observação, notamos que muitas vezes os recipientes que conservam a água não são lavados periodicamente. O seu interior é notável certa sujeira. Este fato pode ser uma das causas que têm contribuído para doenças diarreicas.

Aqui, encontramos uma norma social pré-estabelecida no seio da comunidade. A água que é tirada nas bombas e poços ou rio deve ser guardada dentro de casa. Em caso de alguém pretender tomar banho, a água deve ser posta naquele momento na casa de banho para tal efeito. Caso contrário, acredita-se que se

a água for posta antes, corre-se o risco de alguém lançar um feitiço, uma vez que as latrinas são construídas no quintal.

Para DOUGLAS (1991), a questão de pureza e impureza, tem haver com o olhar do observador. Por meio delas, as estruturas simbólicas são elaboradas e dão certa unidade às experiências adquiridas no seio da comunidade. A noção de poluição na comunidade faz com que as pessoas procurem influenciar o comportamento uma das outras, reforçando assim, os constrangimentos sociais para a manutenção da ordem social.

As nossas idéias de impureza estão influenciadas pelos nossos conhecimentos de organismos patogênicos ligados às bactérias que transmitem certas doenças, mas a impureza é também um subproduto de um sistema simbólico construído socialmente na realidade da vida cotidiana.

4.5 Higienização das mãos: Sabão e cinza

Fig 4 Imagem da Campanha de saneamento de meio.

De acordo com Nhandolo, os agentes comunitários de saúde têm sensibilizado a população sobre formas básicas de higiene, tais como lavar as mãos com água, sabão ou cinza depois de usar a latrina e lavar as mãos antes de comer. Mas *“a maioria das pessoas não tem condições de comprar sabão [...] e muita gente não segue as recomendações de usar cinza na falta de sabão”*

Conversando com certas mães, explicaram que usam cinzas misturadas com areia para lavar as panelas e outros utensílios domésticos e para esfregar as mãos depois de usar uma latrina na falta de sabão. Algumas vezes, elas simplesmente lavam as mãos com água e não cinza depois de usar uma latrina. Para elas, devido à falta de condições econômicas para comprar palha de aço, a cinza é muito mais útil na lavagem dos utensílios domésticos do que na higienização das mãos depois de usar uma latrina. Por outro lado, a cinza é tida como um dos elementos sagrados para quem professa a religião Zione³³. Muitas vezes nos cultos, no âmbito do processo de cura ou libertação de maus espíritos, o pastor além de invocar o espírito santo através de orações e certos rituais usa cinza para o paciente obter a cura ou libertação de algum infortúnio. Tal como no cristianismo, a cinza representa ou simboliza a dor, a morte e a penitência. Acredita-se que existem certas doenças e males que saem do corpo de um indivíduo através da aspersão de cinza misturada com sal, água e sangue

³³ A igreja Zione tem a sua origem nos estados Unidos em 1896 na cidade Zion city (Illnois) através da igreja Christian Apostolic Catholic Church in Zion, fundado por John Alexander Dowie. No início do século XX, ela se expandiu para África Austral, particularmente na África do Sul. Em Moçambique ela surge como consequência dos trabalhadores migrantes que regressavam das minas sul africanas e duma forma indireta através das igrejas Missionárias protestantes.(MANHUMANE, 2003) Esta igreja diferencia-se de outras igrejas evangélicas pelo fato de apresentar incorporação de alguns elementos da cultura ou tradição africana, tais como a invocação dos espíritos dos antepassados e cura ou libertação supostamente pelo poder do espírito santo através de certos rituais idênticos aos dos curandeiros.

de algum animal (galinha, cabrito ou boi). Assim, é normal entrar numa latrina e fazer necessidade menor sem higienizar as mãos e necessidade maior só lavando as mãos com água. Estudos feitos por CAIRNCROSS et al (2010) indicam que lavar as mãos com sabão após o uso de banheiro pode reduzir 48% de casos de diarreia.

Em relação ao sabão, recuando um pouco no tempo, podemos observar que na época colonial, o sabão era considerado como um dos “bens de prestígio” acessível a certas camadas sociais. Hoje, volvidos mais de 35 anos de independência, devido ao elevado custo de vida, aliada à crise econômica, algumas famílias, não têm condições de comprar sabão, mesmo sendo este produzido no território nacional. De que forma podemos exigir cuidados básicos de saúde como lavar as mãos com água ou sabão de alguém que não tem condições de comprar sabão? Como poderá ela lavar as mãos com água e cinza, se para produzir cinza, é preciso cozinhar algum alimento com lenha ou carvão? Algumas famílias têm uma ou duas refeições diárias. Com a depreciação cada vez mais acentuada da nossa moeda (metical) face às principais moedas de troca (dólar, euro e rand), aliada aos efeitos da crise econômica mundial, o governo tem a dura missão de encontrar outras formas alternativas, de acordo com o contexto de cada região para amenizar o problema de saúde pública.

Capítulo 5: CAMPANHA CONTRA A MALÁRIA

A malária continua a ser uns dos grandes problemas de saúde pública no mundo, particularmente na África Subsaariana. Todos os anos ocorrem entre 300 a 500 milhões de casos clínicos de malária³⁴, causando mais de 1 milhão de mortes, dos quais 90% ocorrem na África Subsaariana (DAGNE E GASHOW, 2008).

Em Moçambique a malária constitui a principal causa de internamento na pediatria (57%), consultas externas (44%), mortalidade e morbidade (29%) (LOPES, 2010). Apesar de casos de incidência da malária estar decrescendo relativamente nos últimos três anos em um terço, (2007-2009), a malária continua a ser uma das principais causa de morte infantil, particularmente entre as crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas (INE, 2009; MISAU, 2009).

Assim, neste capítulo pretendemos mostrar que, embora o Ministério de Saúde em colaboração com os seus parceiros, esteja implementando diversos métodos para a prevenção e combate à malária, em particular a pulverização intra e extra domiciliar, a distribuição de redes mosquiteiras impregnadas com inseticida, campanhas de educação sanitária no uso de rede mosquiteira e saneamento do meio, estas intervenções têm ignorado algumas práticas socioeconômicas da comunidade.

³⁴ A malária é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Plasmodium* e transmitida ao homem por fêmeas de mosquitos do gênero *Anopheles*, que atua como vetor, produzindo febre, além de outros sintomas. (MISAU, 2005) A doença pode ser causada por quatro espécies de plasmódio: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. maláriae* e *P. ovale*.

5.1 Diagnóstico e tratamento da malária

Além dos métodos de prevenção, uma das principais medidas de controle da malária adotadas pelo Ministério da Saúde, têm sido o diagnóstico e o tratamento precoce, visto que a fonte de infecção é o ser humano doente. Estas medidas têm reduzido significativamente, a morbidade e a mortalidade por malária.

Em Mopeia, a endemicidade da malária tem atingido o seu ponto mais alto após a época chuvosa (dezembro a abril). Lembremos que a maior parte da população, incluindo os da vila sede de Mopeia, habitam próximo aos dois principais rios: Cua-Cua e Zambeze, áreas onde existem condições favoráveis para a criação, reprodução e desenvolvimento de mosquitos. O *Plasmodium falciparum* é o parasita mais frequente, sendo responsável por cerca de 90% de todas as infecções maláricas, enquanto que *Plasmodium maláriae* e o *Plasmodium ovale* são responsáveis por 9.1 e 0,9% de todas as infecções, respectivamente (MISAU, 2006b). Esta situação é agravada pelo fraco acesso aos cuidados de saúde. De acordo com o MISAU (2006b), estima-se que mais de 50% da população vive a mais de 20 km da mais próxima unidade sanitária.

No hospital distrital de Mopeia, observou-se que há uma capacidade limitada de diagnóstico da malária devido à escassez de material de laboratório e recursos humanos. Não existem aparelhos básicos para determinar o hemograma e a parasitemia para o *facilparum*. A determinação de parasitemia *facilparum* ainda é feita manualmente. Este fato poderá estar contribuindo também para a morbidade e mortalidade por malária. Para ultrapassar esta situação o governo vem introduzindo

em todo país um teste rápido de diagnóstico da malária³⁵. A introdução destes testes tem como objetivo reduzir a resistência aos medicamentos e ajudar a identificar os pacientes que têm febre, mas que não estão infectados por malária, a fim de que diagnósticos alternativos possam ser feitos. Mas como fazer tal diagnóstico com escassez de material de laboratório?

Para alcançar resultados significativos na luta contra a malária, o MISAU deverá não só alocar técnicos de laboratórios nas unidades sanitárias nos distritos, mas também apetrechar os laboratórios para que estes desempenhem as suas funções. Neste momento, o tratamento de casos da malária é baseado em combinações terapêuticas de artimisinina e lumefantrina (o quartem).

³⁵ Estes testes podem demonstrar de maneira totalmente fiável a presença ou a ausência de parasitas de malária no sangue e podem ser efetuados em qualquer estrutura de saúde

5.2 Concepções sobre cartaz da campanha da luta contra a malária.

Fig 5: Imagem de cartaz de campanha da luta contra a malária.

Analisando o cartaz de propaganda para o uso da rede mosquiteira de acordo com o olhar da comunidade, observamos que a maior parte dos nossos informantes interpreta o cartaz numa forma diferente da mensagem que os fazedores da campanha pretendiam transmitir. No cartaz (ver fig.5 acima), observa-se um casal com um bebê dormindo na rede mosquiteira numa esteira. Alguns sujeitos de pesquisa, quando observam a imagem, interpretam que somente o recém nascido é que deve dormir na rede mosquiteira e não outros filhos que não dormem com os pais. É o que evidenciam as falas a seguir:

“Quando dei parto no hospital, falaram para dormir na rede mosquiteira com o bebê. Assim estava a dormir. Mas os outros meus

dois filhos dormiam fora da rede, um deles é este que faleceu no ano passado. No hospital falaram que tinha malária”. (Natete, 25)

“Nesse cartaz aparece uma mulher com o seu marido e bebê a dormirem na rede mosquiteira. Conforme entendi né [...], essas são aquelas pessoas que devem dormir na rede mosquiteira” (Nhati, 28)

Um resultado semelhante foi encontrado pelo Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (INE, 2009 p.7). Neste inquérito, chegou-se à conclusão de que embora a cobertura da rede mosquiteira para crianças menores de 5 anos tenha aumentado de 10% em 2003 para 42% em 2008, muitas crianças ainda dormem fora da rede mosquiteira. Apenas 65% dos agregados familiares com crianças menores de 5 anos relataram possuir pelo menos uma rede mosquiteira. Um estudo feito no Kenya mostrou que as redes mosquiteiras eram mais usadas pelos adultos do que pelas crianças (ALAI, 2003).

Questionando as mães sobre a mensagem que vem no cartaz “*Quem tem amor à família usa rede mosquiteira*”, qual é o entendimento que elas têm do significado de uma família? Todas apresentaram, nas suas falas, elementos que constituem uma família: “*minha família sou eu, meus filhos, minha mãe, meu marido, meu cunhado [...]*” Ou seja, o problema não está na mensagem do cartaz, mas na interpretação que elas fazem da imagem do cartaz e nos fazedores da imagem do cartaz.

De acordo com OLIVEIRA (2007), nem sempre os resultados do cartaz de uma campanha são os esperados, porque a compreensão e a interpretação da mensagem são influenciadas por fatores socioculturais, bem como pelo componente imaginário subjetivo que se insere na compreensão humana. Assim, uma

determinada campanha pode ser tanto um elemento facilitador, como um obstáculo para a adoção de práticas individuais ou coletivas, porque depende do comportamento final do receptor. Neste contexto, o lançamento de qualquer campanha deverá ser antecedido de um pré-teste no campo, para a compreensão dos fatores socioculturais.

Ao se pensar no papel do cartaz ou outro veículo de transmissão das mensagens, deverá ser levado em conta que, mesmo quando os fazedores das campanhas e os receptores pertencem ao mesmo contexto sociocultural, podem manifestar compreensão diferenciada acerca dos problemas, porque fazem uso de modelos explicativos diferentes. Os fazedores das campanhas, muitas vezes compostos pelos profissionais da saúde, formam um subgrupo cultural em que o processo de socialização secundária é influenciado pelo sistema de crenças, valores, comportamentos, conceitos e pelas teorias de sua formação ou atuação como profissional na área da saúde ou nos serviços de marketing e comunicação. Desde modo, por mais que eles tentem elaborar um cartaz, se colocando na posição do receptor, são influenciados pelo seu sistema de referência. Por sua vez, a população usa um modelo explicativo elaborado com base na sua experiência concreta, influenciada tanto pela experiência transmitida de geração em geração, como acumulada ou vivenciada por diferentes sujeitos na comunidade em relação a um determinado fenômeno (KLEINMAN, 1988).

Diversas pesquisas demonstram que a concepção gráfica e visual de um cartaz, folheto ou imagem televisiva, é um poderoso veículo de comunicação sobre os valores sociais, morais e étnicos, formando um código socialmente aceito e compreendido por todos na sociedade (CASTRO, 2009; OLIVEIRA, 2007). Mas se

os cartazes das campanhas de saúde não estiverem totalmente integrados no imaginário social, não atingirão a sua finalidade. Por isso, os cartazes devem refletir não só o sistema de signos e símbolos socioculturais, mas também estimular o grupo receptor das mensagens a aderir a um determinado objetivo. Cabe ao profissional de saúde ou de marketing e comunicação, a habilidade de integrar esses conhecimentos com base num estudo prévio do modo de pensar e agir da população relativamente à saúde ou a um assunto específico.

A maior parte dos nossos entrevistados ao traduzirem a mensagem que vêem no cartaz “*Treme de frio? Tem febres ou vômitos?*”, reconhecem que um dos sintomas da malária são febres, dor de cabeça, corpo fraco ou vômitos. E acreditam que de fato, a rede mosquiteira protege contra a malária, particularmente a picada de mosquito. Contudo, às vezes esquecem de usar por preguiça de desmanchar e esticar a rede na cama devido ao cansaço do dia ou simplesmente por não estarem ouvindo barulho de mosquito enquanto dormem. Ou seja, a rede mosquiteira é muito mais usada contra o barulho dos mosquitos do que contra as picadas para a proteção da malária. Assim, nas campanhas de distribuição ou de sensibilização da comunidade para o uso da rede mosquiteira de longa duração, impregnadas com inseticidas, deve-se enfatizar a importância da rede mosquiteira como uma barreira para a picada e barulho dos mosquitos.

5.3 Conhecimentos dos sintomas da Malária

Embora muitos informantes tenham demonstrado ter conhecimento dos sintomas da malária, alguns não levam imediatamente os seus filhos para o hospital.

Vejamos o caso de Nhatose (27 anos)

“[...] primeiro [o filho de 2 anos] ele sentia todo corpo, é quando aquela doença começou a desenvolver pouco a pouco e entramos nos curandeiros e aqui [...] aí não teve acesso nada [...] é quando ultimamente levamos para o hospital [...] acusou malária [...] lá acabou uma semana e meia e deixou-nos [...]”

Tal como HOWANA (2003) e MENESES (2009) haviam se dado conta em seus estudos, nas sociedades rurais moçambicanas, no âmbito do processo saúde-doença, muitas famílias antes de irem ao hospital procuram o curandeiro para resolver os seus problemas de saúde ou acionam, simultaneamente, os dois sistemas de tratamento, a medicina tradicional e a ocidental, mas com forte tendência à primeira. Para a comunidade, a manifestação de uma doença é vista como um desequilíbrio espiritual que pressupõe causas sociais. A doença ou a morte de uma criança ocorrem devido à negligência dos pais em reconhecer e evitar os perigos em causa; um ato de feitiçaria ou a suspensão de proteção por parte dos antepassados. E se alguém ou uma criança na comunidade contrair uma doença, a mesma não poderá conduzir à morte, caso contrário, este fato é visto

“como consequência e intervenção maligna dos valoy (mágicos e feiticeiros) ou como uma sanção dos espíritos dos antepassados por comportamento incorreto” (HONWANA, 2003, p.29)

O restabelecimento do equilíbrio social passa pela harmonia com os antepassados, caso contrário, os problemas de saúde continuarão a surgir, porque não foi solucionada a causa social. Observa-se aqui, que o processo de cura enquanto resolução de um problema é duplo, porque envolve não só o restabelecimento do equilíbrio físico, mas também psicológico e emocional (espiritual) para que seja estabelecida a harmonia com os antepassados.

Para BARBOSA (2004), este ato por parte da população (acionamento de dois sistemas de tratamento: a medicina tradicional e a científica ocidental) não se justifica apenas pela distância das unidades sanitárias, ou falta de esclarecimento e recursos financeiros por parte da população, mas sim, por meio de crenças na ação terapêutica dos recursos utilizados pelos médicos tradicionais. Por outro lado, justifica-se também pelo processo de socialização dos indivíduos na sociedade. Ao longo deste processo onde ocorre a transmissão das práticas e saberes da comunidade, a compreensão do que é saúde, doença e morte vai além da visão biomédica. Desde criança, o indivíduo aprende que a saúde representa

“um estado harmônico que para existir e se manter, requer harmonia entre a pessoa e a sua envolvente social e ecológica, incluindo os seus antepassados” (GRANJO, 2009, p.8).

Se porventura esta situação se alterar pelo fato do indivíduo desobedecer à norma estabelecida pelos antepassados, ou não estar suficientemente protegido de males naturais ou “enviado”, ou simplesmente por qualquer outro infortúnio, o indivíduo deve fazer de tudo para identificar, não só os sintomas somáticos que causaram esta desordem no corpo biológico, mas procurar também as causas sociais do mal que está poluindo a vida social. (MENESES, 2009; HOWANA, 2003). Assim, a saúde é

vista mais como um processo de vida que envolve o universo cosmológico, do que simplesmente como um processo corporal, adquirindo assim, uma visão muito mais ampla em relação ao conceito biomédico. Deste modo, devido ao processo de socialização primária, a maior parte dos indivíduos, por mais que interiorizem outras práticas e saberes na socialização secundária, não abandonam as suas práticas e saberes, pois estas constituem o ponto de referência da sua identidade.

Certas mães relataram também que têm acionado o duplo tratamento devido ao conselho e à experiência que elas receberam das suas sogras, mães, amigas e até mesmo de algumas enfermeiras. O depoimento a seguir, de uma senhora que teve o seu filho internado no hospital, mostra a complementaridade do conhecimento biomédico e da medicina tradicional em Mopeia:

“O meu filho esteve doente com febres [...] levei lá no hospital [...] falaram para baixar (internar) [...] primeiro falaram que tem malária e depois não tinha nada, então as enfermeiras disseram para levar lá fora, para tomar chá de panelinha³⁶”(Nhantite, 26 anos)

Há uma crença que prevalece no seio da população que diz que todo o filho homem até os dois anos e as mulheres até um ano, no mínimo, devem tomar chá de panelinha, conhecido também como remédio da lua. O principal objetivo é evitar que as crianças tenham convulsões e febres constantes na época de lua cheia. Assim, a compreensão que certos profissionais de saúde têm, de que o conhecimento biomédico não é suficiente para abordar toda a problemática ligada à saúde, doença com base em questões biológicas, os tem levado a encaminhar certos pacientes à

³⁶ Remédio composto por certas plantas cedidas por um herbanário ou curandeiro para evitar convulsões e febres nas crianças

medicina tradicional. Neste contexto, a população não busca simplesmente a cura de um sintoma físico, mas o restabelecimento da harmonia social e espiritual através dos espíritos dos antepassados.

5.4 Redes mosquiteira e a pesca

“Logo pela manhã e no final da tarde, observa-se no rio Cua-Cua, alguns pescadores artesanais. Chegando mais perto, nota-se que em vez de rede de malha própria para a pesca, alguns utilizam a rede mosquiteira de distribuição gratuita para o efeito.” (diário de campo)

Na primeira semana que chegamos a Mopeia, tivemos a informação que cerca de 527 redes mosquiteira de distribuição gratuita nas unidades sanitárias foram presas nas mãos de pescadores no rio Cua-Cua. De acordo com meus informantes, a população leva a rede mosquiteira para pescar, como forma de garantir a sua subsistência através da venda de peixe no mercado local ou consumo familiar. Adicionalmente, algumas famílias relataram que em momentos de dificuldades econômicas optam por vender as redes mosquiteiras como forma de garantir o pão.

De acordo com o senhor Barnabé, pescador de 54 anos, *“essas redes servem para pescar aqueles peixes finos. E essas redes são mais fortes que aquelas da China [...]”* Alusão às redes mosquiteiras provenientes da China, por estas serem feitas de material de baixa qualidade. A preferência pelas redes de distribuição gratuita pelos pescadores ou por certos indivíduos para a prática de pesca explica-se não só por estas serem compostas por material forte e resistente, semelhante às redes de pesca (malha grossa) como também por arrastarem peixes finos, tidos como um dos alimentos alternativos de quem não tem posse para comprar peixes de tamanho normal ou grande. De acordo com uma das informantes,

“com essas redes costumam pescar peixes finos [...] E no mercado esses peixinhos são mais baratos [...]” (Nhatete)

Neste contexto, podemos entender que a rede tem mais um valor econômico de garantir a subsistência da família pelas condições precárias em que as pessoas vivem, do que proteger contra a malária.

Sendo a malária, a causa número um de mortalidade em Mopeia, particularmente de crianças menores de 5 anos, esta atitude de certos indivíduos de usar a rede mosquiteira para a pesca ou de venderem a mesma, além de não ajudar na prevenção da malária contra o mosquito *anopheles*, tem contribuído para a destruição das algas e outras espécies que habitam no ecossistema do rio, perigando assim a sobrevivência destas (GERVASIO, 2009).

Ao mesmo tempo, esta situação reflete um cenário de pobreza, privações, carência alimentar e a falta de oportunidade de emprego. Revela que apesar da economia de Moçambique estar crescendo de forma significativa ano após ano, este crescimento não tem sido inclusivo. Pelo contrário, os ricos tornam-se mais ricos e os pobres cada vez mais pobres e desprovidos de meios de produção. Esta tendência de criação de uma burguesia restrita ao lado do aumento da pobreza se espelha no fraco nível de investimento público em infraestruturas; baixo nível de acesso aos serviços financeiros; fraco ambiente de negócios e falta de oportunidade de emprego.

Para que a população não use a rede mosquiteira para pescar, é preciso ainda um longo processo de trabalho educativo aliado ao estabelecimento de algumas condições socioeconômicas para a subsistência da mesma. Ou seja, além de distribuir

redes mosquiteiras, o governo deverá criar condições para aquisição ou oferta gratuita de redes de pesca aos pescadores

5.5 Pulverização

Apesar de existirem muitos trabalhos de mobilização junto às comunidades, parece que a informação veiculada pelos diversos agentes comunitários e da saúde ainda não está surtindo o efeito desejado sobre a importância do uso da rede mosquiteira e a melhoria das condições ambientais. Ora, vejamos o extrato do diário de campo:

“Observei que algumas casas havia rede mosquiteira pendurada no quintal completamente sujas e outras a serem usadas para estender milho, arroz ou a cobrir a casa de banho. Entrando em casa da senhora Nhatiwa, notei que havia uma rede mosquiteira pendurada em cima da cama. Mas o bebê estava a dormir sem usá-la. Eram aproximadamente 7h da noite. Perguntando a mãe o porquê de não usar a rede mosquiteira, respondeu que estava a fazer muito calor. De fato a sensação térmica era de mais de 30 graus”. (Diário de campo)

Estudos feitos na Nigéria (BLACKBURN, 2006) revelaram também que as redes mosquiteiras de longa duração tratadas com inseticidas eram mal usadas por algumas famílias. Nos dias de muito calor ou em que supostamente, não havia muito mosquito dentro de casa, muitas famílias não usavam a rede mosquiteira, sob alegação de não permitir a circulação de ar. Um dado similar foi identificado também por EISELE (2007). Neste estudo, o autor chegou à conclusão que muitas mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos, embora tivessem recebido uma rede mosquiteira impregnada com inseticida não dormiam nela, sob alegação destas

aquecerem muito durante o verão. De fato, dormir na rede mosquiteira no verão dá uma sensação de subida de temperatura. Mas, ao mesmo tempo, ela nos dá a proteção contra a malária e a liberdade de dormirmos tranquilamente, sem nenhum cobertor e longe da picada do mosquito.

Pelo fato de muitas famílias, ainda não terem a rede mosquiteira ou mesmo tendo a rede mosquiteira não a estarem usando devidamente, assiste-se um esforço do Ministério da Saúde, em combater também a malária através da pulverização intra e extra domiciliar (PIDOM)³⁷, e a contínua “sensibilização” das pessoas para o uso correto das redes mosquiteiras. Mesmo assim, a pulverização intradomiciliar continua não sendo abrangente, circunscrevendo-se apenas a alguns bairros das zonas urbanas e rurais da província da Zambézia, supostamente por não terem sido beneficiadas pela distribuição gratuita das redes mosquiteiras. Em 2008 dos 17 distritos existentes na província da Zambézia, a PIDOM simplesmente abrangeu 6 distritos, a saber Nicoadala, Namacurra, Mocuba, Morrumbala, Cidade de Quelimane e o distrito de Milange (Dps Zambezia, 2009). Cabe frisar que o distrito de Mopeia, onde há elevados índices de mortalidade de crianças menores de 5 anos por malária, não foi abrangido. Ou seja, desde a implementação do PIDOM em Moçambique, há sensivelmente 6 anos, o distrito de Mopeia, não tem sido

³⁷ De modo geral o método PIDOM consiste na pulverização periódica do interior das casas usando inseticidas persistentes que reduzem o tempo de vida e a densidade da população de mosquitos, causando assim uma redução da transmissão da malária. Tendo em conta que a maioria dos vetores da malária entra nas casas durante o período noturno, para se alimentar dos seus ocupantes e repousarem nas paredes e teto antes ou depois de se alimentarem de sangue humano, a pulverização tem sido feita nas paredes do interior da casa e no teto. Por sua vez, a pulverização extradomiciliar, consiste na redução de focos de reprodução de mosquitos do meio ambiente. (PNCM, 2005)

contemplado pela pulverização intradomiciliar. Somente no mês de setembro do ano em curso (2010) é que o distrito de Mopeia teve a oportunidade de ser abrangido pelo programa de pulverização extradomiciliar e não intradomiciliar.

A pulverização extra e intradomiciliária tem sido considerada como uma das formas mais eficazes de controle da transmissão da malária. Além de um impacto rápido e significativo, ela não requer grande custo financeiro para o Estado. A maior parte de custos financeiros têm vindo dos parceiros de cooperação no âmbito do programa de combate à malária.

*“Quando regressava a casa, após ter conversado com a senhora Belly, curiosamente, paramos numa casa aleatoriamente e perguntamos à senhora Natetere, porque é que a rede estava jogada no chão. Ela respondeu que estava a estender a rede, aproveitando o sol, porque o interior da casa estava cheio de pulgas e mosquitos. Observamos também que a rede que ela tem está num estado avançado de degradação, com buracos um pouco por todo lado.”
(diário de campo)*

Tal como a casa da senhora Natetere, existem várias outras casas que provavelmente estejam nas mesmas condições: pulgas e mosquitos. Este fato leva a crer que a luta pela malária ainda tem um longo caminho pela frente, apesar dos esforços positivos alcançados até o presente momento. Uma das estratégias que o Ministério da Saúde e os seus parceiros poderão usar no combate à malária é a aplicação simultânea, particularmente em áreas onde a taxa de mortalidade por malária é alta, como é o caso da província da Zambézia, dos três principais métodos: a pulverização intra e extra domiciliar; a distribuição gratuita de redes mosquiteiras e campanhas de educação sanitária para o uso das redes mosquiteiras. Mas estas ações só surtirão efeito se o governo e os parceiros distribuírem também, gratuitamente, redes de pesca às famílias mais carenciadas da comunidade.

5.6 Rede mosquiteira e a cerimônia pós-morte.

Através da observação minuciosa e atenta que íamos fazendo dentro da casa de certas famílias, observamos também que em algumas delas não havia redes mosquiteiras. E quase em todas havia uma única rede mosquiteira pendurada em cima da cama. Questionando o porquê de tal fato, soubemos que em muitas famílias, quando a criança chega a falecer, toda a roupa, documentos, pertences pessoais, incluindo a rede mosquiteira, depois do enterro são levados e queimados ou deitados no cemitério ou no mato. Este ato simboliza a purificação da casa. Acredita-se que se alguns pertences permanecerem na casa, a alma do defunto não descansará em paz. Consequentemente, poderá surgir algum tipo de desgraça na família, como por exemplo doenças, azar ou acidentes. Está “poluição” é considerada muito mais grave do que a “poluição” derivada do nascimento, porque a consequência da transgressão poderá recair tanto para o transgressor como para o seu parente mais próximo (DOUGLAS, 1991). Mas, ao mesmo tempo, a crença na poluição reforça os constrangimentos sociais, pois a ordem social na comunidade, em particular no seio familiar é mantida graças aos perigos e mitos que ameaçam os transgressores. Estes pretensos perigos garantem a harmonia social entre os homens. E contribuem para a manutenção da boa conduta individual através de crenças na infração de regras sociais estabelecidas pelos espíritos dos antepassados.

Por outro lado, este ato reduz o sofrimento das pessoas ao pensar no ente querido. Soubemos também que em certas famílias algumas roupas, em vez de serem descartadas, são distribuídas aos mais necessitados.

Capítulo 6: CAMPANHAS DE VACINAÇÃO

Tendo como objetivo a redução da morbidade e mortalidade infantil, o governo de Moçambique e os seus parceiros têm efetuado diversas campanhas de educação sanitária. Para reduzir as principais doenças preveníveis, anualmente o governo tem efetuado campanhas de vacinação³⁸ para melhorar o estado de saúde das crianças e assegurar a sobrevivência das mesmas.

A primeira campanha nacional de imunização ocorreu em 1976, após o governo ter adotado a política de saúde primária. Em 1978, dando prosseguimento à declaração da conferência de Alma-Ata, Moçambique reorientou os serviços de saúde para os cuidados de saúde primária, privilegiando os programas de Saúde Materna Infantil, programa Alargado de Vacinação (PAV), planejamento familiar, atividades de vigilância e controle de higiene e Saneamento do Meio. E o governo estabeleceu que nos serviços nacionais de saúde, as mulheres e as crianças tivessem um atendimento gratuito (MISAU, 2006).

Em 1979 através da campanha contra a varíola teve o início o programa alargado de vacinação (PAV)³⁹ (MAVIMBE et al, 2005; MISAU, 2008b). Poucos anos depois, a guerra civil (1976-1992), além de afetar o desenvolvimento do país através da destruição de diversos centros de saúde, contribuiu para uma cobertura

³⁸ Em Moçambique, os programas de vacinação incluem 3 doses de vacina contra Difteria, Pertussis, Tétano e Hepatite (DPT3); 3 doses de vacina contra poliomielite (Polio 3); vacina contra a tuberculose (BCG), contra o Sarampo, (INE, 2008) e contra a bactéria *Haemophilus influenzae* tipo B.

³⁹ Em 1979 o PAV abrangia crianças menores de 5 anos e suas mães contra 6 principais doenças preveníveis por vacina: tuberculose, tétano, difteria, tosse convulsa, poliomielite e sarampo

abaixo de 25% nas campanhas de vacinação e escassez de recursos humanos na área da saúde. (UNICEF, 1987)

De acordo com dados do Inquérito Demográfico de Saúde, somente 47% das crianças de 12 a 23 meses em Moçambique em 1997 e 67% em 2003 foram imunizadas completamente contra as doenças preveníveis através da vacinação (INE, 2005).

Na província da Zambézia, entre 1997 a 2008 verificou-se um relativo aumento de percentagem de crianças completamente imunizadas, de 23% para 56% respectivamente (INE, 2005; MISAU, 2008a). Em contrapartida, o distrito de Mopeia registrou uma ligeira queda, de 54% de crianças completamente imunizadas em 2004 contra 50.8% em 2008. Para o MISAU (2008a) este fato poderá estar relacionado com a fraca participação da comunidade nas campanhas de vacinação, assim como ao fraco conhecimento da estratégia de mobilização social por parte do pessoal de saúde.

Os dados do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (INE, 2009) revelam que as crianças que vivem nas zonas urbanas devido à proximidade das unidades sanitárias têm maior probabilidade de serem vacinadas do que as que habitam nas zonas rurais. Em 2008 cerca de 55% das crianças que vivem nas zonas rurais receberam todas as vacinas contra 74% das que residem nas zonas urbanas. E 11% das crianças que vivem nas zonas rurais não receberam nenhuma vacina comparando a 4% das zonas urbanas.

6.1 Serviços de Vacinação em Mopeia.

Sendo a vacina uma das intervenções de saúde pública mais eficazes no combate às doenças preveníveis, em Mopeia, os serviços distritais de saúde tem um posto fixo de vacinação de rotina que diariamente tem atendido e vacinado a população, particularmente as mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos. Geralmente, o posto fixo funciona das 7h 30 às 15h 30.

Uma das estratégias que o governo e os seus parceiros de cooperação, particularmente a UNICEF e a OMS, têm adotado para alcançar as comunidades das zonas rurais que vivem tão distantes das unidades sanitárias, é o estabelecimento de brigadas móveis de saúde.

De acordo com MISAU (2005), as brigadas móveis surgiram logo após a introdução do Programa Alargado de vacinação nas unidades sanitárias do país em 1979, devido à baixa cobertura da rede sanitária e pelo fato dos postos fixos de vacinação de rotina não serem capazes de abranger a maior parte da população. Assim, para cobrir o maior número de população possível e aumentar as coberturas vacinais, o MISAU decidiu introduzir as brigadas móveis para vacinação nas comunidades que se encontram distantes das unidades sanitárias com posto fixo de vacinação.

No distrito de Mopeia, esta estratégia têm se mostrado muito útil e eficaz no âmbito das comunidades, apesar de algumas vezes as brigadas móveis enfrentarem dificuldades de transporte para se deslocar para as comunidades. Além disso, as avarias constantes de algumas geleiras têm contribuído para maior índice de quebra vacinal. Em 2009, todas as unidades sanitárias de Mopeia, tiveram quebra

vacinal, em especial o centro de saúde de Noere (42,3%), Catale (41,4%) e posto de saúde de Gulamo (25,7%) (SDMAS, 2010 p18). Estes elevados índices de quebra vacinal podem estar contribuindo para a morte de crianças menores de 5 anos.

6.2 Cartão de vacinação

Em 1977, três anos após a independência, o Ministério de Saúde de Moçambique lançou a nível nacional o primeiro cartão⁴⁰ de Saúde da Criança. Dois anos mais tarde, em 1979, foi lançada a segunda versão. Na essência, esse cartão compreendia o controle de vacinação contra a tuberculose e pólio no nascimento; pólio aos 2, 3 e 4 meses de idade; difteria, tosse convulsa e tétano aos 2, 3, e 4 meses de idade; e sarampo aos 9 meses de idade (O PAIS, 2009).

Em 2001, vinte e dois anos depois, pelo fato de cerca de 10 a 15 mil moçambicanos estarem morrendo por Hepatite B, o serviço nacional de saúde introduziu mais uma nova versão do cartão de saúde. Nesta nova versão, além das vacinas anteriores foi incluída a nova vacina contra a Hepatite B (DPT). No dia 1 de Junho de 2009, o MISAU voltou a lançar mais um novo Cartão de Saúde da Criança em todas as Unidades Sanitárias do país, na perspectiva de melhorar o controle do crescimento da criança, bem como a sua assistência sanitária.

O atual cartão exhibe dados sobre a evolução da saúde e informação sobre testagem e tratamento de HIV, para menor de cinco anos. Neste cartão também, foram

⁴⁰ O Cartão de Saúde da Criança é um documento que permite aos profissionais de saúde monitorar o crescimento de crianças menores de cinco anos, possibilitando também detectar problemas de carência alimentar e doenças que prejudicam o desenvolvimento da criança.

introduzidos componentes como o do código de seguimento da vacinação em crianças e a nova vacina contra a bactéria *Haemophilus influenzae tipo B*, o agente etiológico da pneumonia, meningite e otite média (MISAU, 2009). Com este cartão, pretende-se reforçar a monitoria do cumprimento das imunizações, das intervenções preventivas-chave e do crescimento e desenvolvimento psicomotor da criança.

Em Mopeia, quando uma criança morre, além da roupa que é jogada no cemitério ou distribuída aos mais necessitados, joga-se também toda a identificação da criança. Todas as mães que perderam os seus filhos, afirmaram que devido à tradição, elas jogaram ou queimaram o cartão de saúde da criança. Neste contexto, não foi possível verificar se na altura do óbito, a criança tinha chegado a tomar todas as vacinas ou não.

De acordo com Nhandolo, algumas mães, pelo fato de saberem que ao chegar à unidade sanitária, com o filho doente iria ser exigida apresentação de cartão de vacinação para controle das doses de imunização, alegam que perderam o cartão de vacinação ou que o cartão foi queimado quando a casa⁴¹ dela, supostamente, “ardeu”. Na verdade elas tomam esta atitude porque sabem de antemão que irão ser repreendidas por não cumprirem o calendário de vacinação de seus filhos. Eis o extrato da fala de Nhandolo:

“Por não considerarem e ter boa conservação [...] levam e deixam de qualquer forma, o cartão acaba se estragando, chegam a US é perguntado por uma enfermeira ou agente de medicina preventiva, explica que a casa foi queimada [...] e nós por dia temos muitos casos reportando que a casa foi queimada [...] nós estamos haver se será que se formos porta a porta vamos encontrar todas as casas queimadas? E se o cartão foi queimado onde esta a roupa queimada?”

⁴¹ Cabe referir que a maior parte das casas são de construções precárias, feitas de pau a pique ou de blocos de lama e o capim ou lona servem para cobrir o teto.

Não existe. São formas que a pessoas utiliza por ter medo. Outras pessoas consideram a US como se fosse comando porque têm o diagnostico, a pessoa não entende o que é o diagnostico [...] é por isso que os cartões sempre aparecem assim, queimou-se com a casa, uma forma da pessoa conseguir não ser zangada [...] em vez de dizer que perdi ou estragou-se diz queimou-se [...] esses casos têm influenciado no crescimento da criança porque não se sabe se a criança foi vacinada ou não, qual é a vacina que falta para tomar por causa de perde de cartões [...]"

Conversando com algumas mães, deu para entender que elas só levam os seus filhos para tomar vacina quando há uma campanha sanitária na comunidade onde os agentes comunitários da saúde passam de casa em casa “sensibilizando” as famílias ou quando os seus filhos estão doentes. Algumas mães justificam esta atitude por passar a maior parte de tempo na machamba⁴². Normalmente, vão à machamba entre 5h e 6h da manhã. Aquelas que têm ainda um filho menor de 2 anos, que estiver mamando, levam-no às costas envoltos em uma capulana⁴³ e ainda carregam uma enxada nas mãos. Retornam a casa no final do dia, por volta das 16h e 17h. É nessa altura, que procuram água para beber, tomar banho (caso a machamba fique localizada próximo ao rio, elas aproveitam para tomar banho no rio) e preparar o jantar. Geralmente, elas comem qualquer coisa que houver na machamba. Se porventura, na machamba dela tiver batata doce ou mandioca, esta será a refeição na machamba.

Por outro lado, algumas mães revelam também que têm uma maior crença no efeito terapêutico da vacina que os seus filhos tomam no curandeiro do que a

⁴² Propriedade agrícola, horta, quinta

⁴³ Pano que as mulheres, geralmente usam como indumentária para cobrir o corpo desde a cintura aos joelhos e para carregar as crianças no colo. Mas também é usada como símbolo de respeito e identidade cultural em diversas cerimônias.

vacina da unidade sanitária⁴⁴. E algumas vezes, pelo fato das casas em que habitam serem de construções precárias, quando ocorre uma chuva forte, acompanhada de ventos e rajadas, ocorre a infiltração de água em suas casas, molhando alguns bens, incluindo os cartões de saúde da criança.

6.3 É preciso fechar o corpo de uma criança

Todas as mães entrevistadas foram unânimes em afirmar que o filho no mínimo tomou uma vacina ou todas as vacinas básicas exigidas pelo sistema Nacional de Saúde.

“quando meu filho estava vivo eu costumava levar ele para o hospital apanhar vacina”(Nhati).

“Às vezes levava meu filho para o hospital apanhar vacina quando ele estava doente”(Nhelety)

A fala desta última senhora, revela que algumas senhoras só levam os seus filhos para tomar a vacina quando estes contraem alguma doença, ou seja, que às vezes elas não cumprem o dia marcado no cartão de saúde da criança para voltar e tomar a vacina seguinte. Segundo a concepção delas a vacina do hospital não é tão eficaz quanto a do curandeiro. Enquanto a vacina do hospital serve para proteger contra uma determinada doença física, a do curandeiro além de doenças físicas protege contra a feitiçaria e a inveja. Segundo Magude, um dos curandeiros de Mopeia Sede

⁴⁴ Este assunto voltaremos abordar a seguir na parte em que nos debruçamos sobre “o fechamento do corpo de uma criança”

“nós somos africanos, temos nossas doenças, às vezes você não sabe porque aquela criança está doente. Há doenças que o hospital não consegue curar, por isso é preciso fechar o corpo de uma criança.”

O “fechar o corpo” significa vacinar⁴⁵ a criança contra toda a obra de feitiçaria, inveja e maus espíritos. Geralmente os pequenos cortes, conhecidos também pela letra “11” por deixarem evidências idênticas a esta letra, são feitos nos pontos consideráveis mais vulneráveis à agressão externa espiritual ou física: a cabeça, o peito, as costas, as articulações dos membros e nas zonas dos rins. A partir do momento em que uma criança tem o seu corpo supostamente, “fechado” ou “blindado” ela está sob a proteção dos espíritos bons, geralmente são espíritos dos seus antepassados. Contudo, esta proteção depende muito do comportamento dos pais, em agradar aos seus antepassados. Se porventura eles infringirem alguma norma a criança poderá ficar doente.

Ora, este ato de fechar o corpo, não se limita a vacinar, poderá envolver também tomada de banho com certas raízes, aplicação de bafo e sacrifício de animais. Tudo vai depender da orientação ou desejo dos espíritos que supostamente irão dar a máxima proteção ao indivíduo.

⁴⁵ Aqui vacina refere-se a pequenas incisões que o curandeiro faz através de uma lâmina no corpo de um determinado paciente para proteger contra agressões espirituais.

6.4 Conhecimentos de vacina

Conversando com a senhora Ngalamo, 37 anos de idade, mãe de 4 filhos, ela se recorda com uma certa tristeza, os momentos difíceis que passou com o seu primeiros filho quando contraiu sarampo.

“Eu pensei que meu filho ia perder a vida [...] mas quando eu levei para o hospital, a enfermeira explicou que aquela doença era sarampo, que a minha criança estava doente porque não tomou a vacina. Desde então, todos os meus filhos quando nascer estão a tomar vacina para proteger.”

Em relação, ao conhecimento do nome da vacina e sua função, quase todas as mães desconhecem o nome das vacinas. Mas todas sabem que ela serve para proteger os seus filhos contra certas doenças preveníveis. A única vacina que algumas mães revelaram conhecer foi à vacina contra o sarampo. Muitas delas se recordam desta vacina porque os seus filhos no passado já tinham contraído sarampo. Mas também elas se recordam que no ano passado houve uma campanha na semana Nacional de Saúde da criança. Nessa campanha, os agentes comunitários, em parceria com os líderes comunitários, passavam de casa em casa, sensibilizando todas as mães que tivessem crianças de 0-5 anos, a levarem os seus filhos ao posto de vacinação fixo na unidade sanitária ou móvel na comunidade para a suplementação com a vitamina “A” e mebendazol para desparasitar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos o processo saúde, doença e morte de crianças através das campanhas sanitárias e das práticas da comunidade em Mopeia, observamos que por um lado, ele está intrinsecamente influenciado por concepções socioculturais vivenciadas pelo sujeito dentro de um determinado contexto, baseado na medicina tradicional e por outro lado, este processo está influenciado por práticas e saberes médicos ligados à medicina científica ocidental. Esta atitude da população se justifica, fundamentalmente, por meio de crenças que ela tem na ação terapêutica dos recursos utilizados. Mas por outro lado, esta atitude também está relacionada ao processo de socialização no qual os indivíduos estão inseridos dentro da comunidade. Ao longo deste processo de socialização, onde ocorre a transmissão das práticas e saberes da comunidade, a compreensão do que é saúde, doença e morte vai além da visão biomédica. Desde criança, o indivíduo aprende que a saúde representa “*um estado harmônico que, para existir e se manter, requer harmonia entre a pessoa e a sua envolvente social e ecológica, incluindo os seus antepassados*”. (GRANJO, 2009, p.8) Se porventura esta situação se altera pelo fato do indivíduo desobedecer a uma norma estabelecida pelos antepassados, ou não estar suficientemente protegido de males naturais ou “enviado”, ou simplesmente, por qualquer outro infortúnio, o indivíduo, deve fazer de tudo para identificar, não só os sintomas somáticos que causaram esta desordem no plano do corpo biológico, mas também procurar as causas sociais do mal que está poluindo a vida social.

Observa-se aqui, que o processo de cura, enquanto resolução de um problema é duplo, porque envolve não só o restabelecimento do equilíbrio físico, mas também do psicológico e emocional (espiritual) para que seja estabelecida a

harmonia com os antepassados. A saúde é vista mais como um processo de vida que envolve o universo cosmológico do que simplesmente como um processo corporal, adquirindo assim, uma visão muito mais ampla em relação ao conceito biomédico. Destarte, podemos observar que devido ao processo de socialização primária, a maior parte dos indivíduos, por mais que interiorizem outras práticas e saberes na socialização secundária, não abandonam as suas práticas e saberes, pois estas constituem o ponto de referência da sua identidade.

A crença de que a doença tem causas naturais e sobrenaturais não gera exclusão mútua. Pelo contrário, as causas se suplementam, cada uma justificando o que a outra não pode explicar, atribuindo assim, a esses eventos, os valores sociais e morais que são inerentes às práticas e saberes socioculturais da comunidade. Não se trata simplesmente de uma mera doença que levou à morte uma determinada criança, mas sim, a perda de um membro de uma família, por causas que supostamente, tiveram intervenção de espíritos, fossem eles bons ou maus. Por exemplo, se um dos pais da criança ou os dois quebraram o tabu da abstinência sexual ou negligenciaram a realização da cerimônia pós-parto, a criança poderá contrair uma doença que a levará à morte.

Aqui, a causa da morte não é atribuída à feitiçaria, mas à ruptura ou à não-observância da realização do referido ritual. Ela é o resultado da sanção dos espíritos dos antepassados da família da mulher ou do marido. Caso os pais tenham cumprido todos os rituais da cerimônia pós-parto e não tenham quebrado nenhum tabu social e mesmo assim, uma determinada criança vier a adoecer ou chegar a falecer, deve-se procurar causas que vão além das naturais, particularmente se a doença durou mais de três dias ou levou a criança à morte em pouco tempo. Caso, na consulta ao médico

tradicional, se confirme que houve uma intervenção sobrenatural de um feiticeiro, os pais de criança falecida, deverão decidir se pretendem retaliar ou levar o caso à AMETRAMO ou simplesmente se proteger contra futuros males.

A análise dos esquemas interpretativos das campanhas sanitárias evidencia a forma como as mensagens veiculadas pelos cartazes são interpretadas na comunidade. Muitas vezes, a compreensão da mensagem é influenciada pelo meio social em que um determinado indivíduo está inserido e os fatores socioculturais que ele foi interiorizando ao longo da vida. Assim, sobre uma mesma imagem de cartaz, podemos ter diferentes leituras, devido à capacidade de compreensão auxiliada pela imaginação do indivíduo.

O modelo explicativo utilizado pela comunidade se baseia na experiência concreta, a partir do exemplo da vivência das pessoas mais velhas e experientes da família ou da comunidade. Por isso, para elas faz sentido a partir de 2 ou 3 meses começar a dar chá de raízes ao bebê para evitar a chamada “doença da lua”. Faz sentido acreditar mais na eficácia da “vacina” do curandeiro do que a do hospital, porque está só protege das doenças físicas e não das espirituais. Deste modo, ao elaborar uma campanha, deve-se levar em conta o modo de pensar e de agir do receptor em relação a um determinado assunto ou problema, que a campanha pretende transmitir, seja através de cartaz, panfletos ou meios de comunicação modernos como o rádio e a televisão.

De acordo com OLIVEIRA et al (2007) mesmo quando os fazedores das Campanhas provêm do mesmo contexto sociocultural, podem manifestar compreensão diferenciada da mensagem que se pretende transmitir, porque fazem uso de modelos explicativos diferentes. Os fazedores das campanhas formam um

subgrupo cultural, cujo sistema de referência, determinantes das crenças, dos valores e dos comportamentos, conceitos e teorias, refletem a atuação ou formação destes nos serviços de saúde. E a população, por seu lado, tem tendência a interpretar as mensagens veiculadas pelas campanhas com base na sua própria experiência ou naquela transmitida pelo seu grupo social ou antepassado, de geração a geração. Neste contexto, ao se elaborarem as campanhas sanitárias, além de definirem o seu conteúdo em função do que se pretende transmitir e do receptor que se busca atingir, deve-se fazer um estudo prévio quanto às possíveis questões socioculturais que poderão influenciar o receptor da mensagem.

Em relação à questão de saneamento e água, uma boa parte da população vai ao rio buscar água, higienizar-se e praticar o fecalismo a céu aberto, não por falta de informação ou ignorância, até que alguns casos poderá ser verdade, mas acima de tudo, é por falta de infraestruturas básicas, tais como latrinas, água canalizada ou abertura de mais furos de bombas manuais de água. As informações veiculadas pelas campanhas sanitárias para não usar a rede mosquiteira para pescar ou higienizar as mãos com água e sabão após o uso da latrina, só terá grande impacto na luta contra a malária ou a diarreia, se forem criadas condições básicas socioeconômicas para a população. Ou seja, em vez de serem gastos fundos de dinheiro com a elaboração de campanhas de educação sanitária, o governo deverá primeiro investir não só na contínua construção gratuita de latrinas e abertura de poços com bombas manuais de água para famílias carentes das zonas rurais, mas também, na distribuição gratuita ou simbólica de rede de malha para pesca. Não obstante, deverão ser construídas mais unidades sanitárias devido à longa distância, que muitas famílias,

particularmente as mães com HIV positivo, são obrigadas a percorrer para o acesso à assistência médica.

Desta forma, podemos observar que, devido às limitações na efetividade das intervenções sanitárias voltadas para redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos, certas práticas socioculturais relacionadas à falta de higiene e saneamento do meio, a não-amamentação exclusiva durante 6 meses, a imunização e o uso não correto das redes mosquiteiras, podem estar contribuindo para a mortalidade infantil. Ou seja, a morte de crianças menores de 5 anos em Mopeia, pode estar relacionada à falta de consonância entre os programas de intervenção de saúde pública, particularmente as medidas mecânicas para o controle de certas doenças preveníveis como a malária e a diarreia, através das campanhas sanitárias e a realidade sociocultural da comunidade.

Ao mesmo tempo em que o estado promove o incentivo ao aleitamento materno, a imunização, as boas práticas de saneamento do meio e uso correto das redes mosquiteiras, ignora algumas práticas socioculturais como a cerimônia pós-parto denominada “mazade”, que influencia a não-amamentação até os 6 meses; não garante a disponibilidade suficiente de infraestruturas básicas, tais como latrinas, água canalizada ou abertura de mais furos de bombas manuais de água para que a população não vá ao rio buscar água, higienizar-se e praticar o fecalismo a céu aberto; não garante meios alternativos suficientes para que a população não leve a rede mosquiteira para pesca ou faça de cobertor de casa de banho ou esteira para estender milho. Deste modo, há necessidade de se articular as campanhas sanitárias com as práticas socioculturais da região e com a disponibilização e expansão de infraestruturas básicas e investimentos socioeconômicos para que haja mais eficácia

na intervenção das políticas de saúde pública na luta pela a redução da mortalidade de menores de 5 anos por doenças preveníveis.

Estas são algumas ações que terão grande impacto na redução da morbimortalidade infantil em Mopeia, por causas evitáveis como a malária, diarreia e a IRA.

BIBLIOGRAFIA.

1. ADORNO, R.C.F.; CASTRO, A.L de. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. vol. 3, n°. 2, p. 172-85,1994.
2. AIM. **Moçambique:** Tratamento de SIDA no interior atinge poucas pessoas. Maputo, 2010. Disponível em: <http://www.averdadeonline.com/saude-e-bem-estar/8530-tratamento-de-sida-no-interior-atinge-poucas-pessoas>. Acessado em 02/01/2011
3. BARBOSA MA, et al. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Revista Enfermagem**. n.º 12, p38-43, 2004
4. BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde Sociedade**, n.º 1, p.64-84, 2002.
5. BASTOS, C.; LEVY, T. Aspirinas, Palavras e cruces: Práticas médicas vistas pela Antropologia. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n.º 23, p. 221-232, 1987
6. BERGER, P, et AL. Contribuição complementar: A construção social da realidade. In CAMPENHOUT, Van Luc. **Introdução a análise dos fenômenos sociais**. Lisboa: Gadiva, 2003, p.97-107
7. BERGER, P; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade:** Um livro sobre a sociologia do conhecimento. 2ª Ed. Lisboa: DINALIVRO, 2004
8. BLOCH, Marc. **Introdução à História**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1997.
9. CARTER, Michael. **Medicamentos anti-VIH**. Portugal: GAT, 2010
10. CNCS. **Parceiros Múltiplos e Concomitantes:** Seu Papel na Epidemia do HIV, Causas Hipotéticas, e Potenciais Intervenções. Maputo: CNCS, 2010

11. CONSO, Eduardo. Violência em resultado da desinformação sobre a cólera no país: MISAU assume meia culpa. **MediaFax**. Maputo, 26 de Fev. 2010, p.1-2
12. COOVADIA HM, et al. Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study. **Lancet**, nº369, p.1107-1116, 2007
13. DALMOLIN, Bernadete M. & VASCONCELLOS, Maria P. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.42, nº1, p.49-54, 2008
14. DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1976, 232p.
15. DPS Zambézia. **Relatório de prestação de contas 2008**. MISAU: 2009, 95p.
16. DPS Zambézia. **Relatório de prestação de contas 2007**. MISAU: 2008
17. DUBET, Francois. **Sociologia da Experiência**. Lisboa: Instituto PIAGET, 1994
18. ESCOBAR, A.M.U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico e culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, vol. 2, nº. 3, p. 253-261, 2002.
19. EVANS-PRITCHARD, E.E. **Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande**. (Trad. Eduardo Viveiros de Castro). Rio de Janeiro: Zahar, 1978[1937], 317p.
20. FLORÊNCIO, Fernando. **Autoridades tradicionais vaNdau de Moçambique: o regresso do indirect rule ou uma espécie de neo-indirect rule?**. Lisboa, vol. 43, n.2.º, p. 369-391, 2008
21. FIOCRUZ. Fundação Osvaldo Cruz. **Relatório de Gestão 2008**. Rio Janeiro: Ministério da Saúde, 2009

22. FOOTE-WHYTE, William. Treinando a observação participante. In GUIMARÃES, Alba Zaluar (org.). **Desvendando Máscaras Sociais**. 2ª Ed Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1990. pp.77-86.
23. GERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989
24. GONÇALVES, Amadeu Matos. **A doença mental e a cura**: um olhar antropológico. Viseu: Escola Superior de enfermagem de Viseu, 2004. p.159-171
25. GRANJO, Paulo. **Saúde e Doença em Moçambique**. Saúde Sociedade. São Paulo, v.18, n.4, p.567-581, 2009
26. HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
27. HONWANA, Alcinda Manuel. **Espíritos vivos, tradições modernas**: Possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique. Lisboa: Ela por Ela, 2003
28. HOUASSIS, António. **Dicionário eletrónico Houassis da língua portuguesa**. Versão 1.0. S/1. Ed. Objetiva, dez 2001.
29. JECO, José. Cólera mata e leva à revoltas populares em Nampula e Zambézia: Manica regista primeiros casos este ano. **Canalmoz**. Maputo, 22 de Fev. 2010, p2-3
30. JOSÉ, Sandra Leopoldina Texeira. **Impacto social do programa de reabilitação económica sobre a força de trabalho no sector da saúde**: O caso do hospital central de Maputo, 1987-1992. Maputo: UEM, 2006. Monografia (Licenciatura em história) Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane.

31. KLEINMAN, Arthur. **Patients and Healers in the Context of Culture**, Berkeley. University of California Press, 1988.
32. KORICHO et al.: Poisonous milk and sinful mothers: the changing meaning of breastfeeding in the wake of the HIV epidemic in Addis Ababa, Ethiopia. **International Breastfeeding Journal**. Vol. 5, nº12, p1-25, 2010
33. KUHN L, Aldrovandi GM, SINKALA M. et al. Effects of early, abrupt cessation of breastfeeding on HIV-free survival of children in Zambia. **New England Journal Medicine**. nº359, p.130–141, 2008.
34. LAHIRE, Bernard. **Homem Plural**: os determinantes da ação. Rio Janeiro: Editora vozes, 2002
35. LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. São Paulo, Martins Fontes, 1991
36. LOURENÇO, Maria Acácia Ernesto & TYREEL, Maria A. Rubio. Programas de Saúde Materno Infantil em Moçambique: Marcos evolutivos e a inserção de enfermagem. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 13 nº 3, p. 617-24, jul-set2009
37. LUNET, Nuno, et al. Conhecimento das mulheres moçambicanas acerca da prevenção da diarreia. *Arquivo de Mecinina*. Porto, v.16, nº6, p.19-21, 2002
38. MACASSA, Gloria. Determinants of social inequalities in Mozambique: What we do Know? What could be done? **African Journal of Health Sciences**, v. 13, nº 1-2, p.139-143, Jan-Jun. 2006
39. MAE. **Perfil do distrito de Mopeia**: província da Zambézia. Maputo: DNAL, 2005, 52p

40. MACAGNO, Lorenzo. **Fragmentos de uma imaginação nacional**. vol. 24 n° 70, p.18-35, 2009
41. MACASSA, Gloria. Determinants of social inequalities in Mozambique: What we do Know? What could be done? **African Journal of Health Sciences**, v. 13, n° 1-2, p.139-143, Jan-Jun. 2006
42. MAGNANI, José Guilherme C. De perto e de dentro: nota para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Brasil, v.17, n°49, p.11-29, Fev. 2002
43. MALTA, Deborah Carvalho; DUARTE, Elisabeth Carmen. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol.12, n°3, p765-776, Mai-Jun. 2007
44. MANHICE, Arsénio. **Moçambique**: Mulher e criança vencem na peleja contra HIV/SIDA. Maputo, 2011. Disponível em : <http://www.jornalnoticias.co.mz>. Acessado em 16/02/211
45. MANHICE, Arsénio. **Moçambique**: A Revolução da testagem nas consultas pré-natais. Maputo, 2011a. Disponível em: <http://www.jornalnoticias.co.mz>. Acessado em 16/02/2011.
46. MAHUMANE, Jonas Alberto. **Crenças e Tradições Religiosas na guerra entre a Frelimo e a Renamo**: O caso das igrejas zione em Homoine, 1980-1994. Maputo: UEM, 2003. Monografia (licenciatura em historia) Faculdade de letras e Ciencias Sociais, Universidade Eduardo Mondlane.
47. MARRATO, J. Guimas; GREEN, Edward C; WILSON, Manuel. **Crenças e práticas tradicionais relativas às DTS/SIDA, doenças diarreicas infantis e saúde mental na província de Nampula**. Maputo: MISAU, 1995

48. MATSINHE, Dulce Maria. **Implicações da alteração da tarifa dos transportadores “chapa 100” nos agregados familiares: Estudo de caso, bairro de Magoanine.** Maputo: UEM, 2007. Monografia (licenciatura em Economia) Faculdade de Economia, Universidade Eduardo Mondlane.
49. MAVIMBE, João et al. Assessing immunization data quality from routine reports in Mozambique. **BioMed Central**, London, v.5, nº108, p.1-8, 2005.
50. MATAVEL, Osvaldo Augusto. **Conhecimento sobre aleitamento materno na cidade de Maputo.** Porto, 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade do Porto
51. MENESES, Maria Paulo G. **Medicina Tradicional, Biodiversidade e Conhecimentos Rivaís em Moçambique.** Maputo: UEM, 2009
52. MISAU. **Alguns resultados preliminares do trabalho do GEMT** (Grupo de Estudos de Medicina Tradicional)”. Maputo: MISAU, 1981
53. MISAU. **Perfil Estatístico e Sanitário: Província da Zambézia, análise de 4 anos 2000-2003.** Maputo: REDE, 2004
54. MISAU. **Normas de manejo de casos de malária em Moçambique.** Maputo: PNCM, 2005
55. MISAU. **Política nacional de saúde neonatal e infantil em Moçambique.** Maputo: DNS, 2006a, 46p.
56. MISAU. **Documento estratégico para o controlo da malária em Moçambique: Julho 2006 – 2009.** Maputo: DNS, 2006b
57. MISAU. **Declaração de política nacional de saúde.** Maputo: DNS, 2007a
58. MISAU. **Diretrizes para a campanha nacional de saneamento de meio.** Maputo: GM, 2007b

59. MISAU. **Plano Estratégico de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique 2008-2012**. Maputo, 2008a
60. MISAU. **Plano integrado para o alcance dos objetivos 4 e 5 do desenvolvimento do milênio, 2009-2012(2015)**. Maputo: DNSP, 2008b, 110p
61. MISAU. **Relatório anual da DNS para o XXXIII CNCS**. Maputo: DNSP, 2008c, 125p
62. MISAU. **National Child Mortality Report**. Maputo: UNICEF, 2009a, 104p.
63. MISAU. **Moçambique: Estudo nacional sobre a mortalidade infantil 2009**. Maputo: UNICEF, 2009b, 18p.
64. MISAU. **Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA)**. Maputo: MISAU, 2009c
65. MISAU. **Plano de comunicação em mobilização social para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno 2009 - 2013 (2015)**. Maputo: MISAU, 2009d
66. MYNAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S. (org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 11^a.ed. Petrópolis: Ed.Vozes, 1999. P.9-29. (coleção Temas Socias)
67. NHANTUMBO-DIVAGE Sónia et al **Casamentos prematuros em Moçambique: Contextos, tendências e realidades**. Maputo, 2010
68. NDUATI R, John G, MBORI-NGACHA D, et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1. **JAMA**. n.º 283, p 1167-1174, 2000
69. INE. **Inquérito Demográfico e de Saúde 1997**. Maputo: INE, 1998
70. INE. **Inquérito Demográfico e de Saúde 2003**. Maputo: INE, 2005

71. INE. **Relatório preliminar do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos 2008**. Maputo: UNICEF, 2009
72. O PAIS online. **Governo lança novo cartão saúde**. Disponível em: <http://www.opais.co.mz/index.php/sociedade/45-sociedade/1495-governo-lanca-novo-cartao-saude-da-crianca.html>. Acessado em 02/01/2010
73. PASSADOR, Luiz Henrique; THOMAZ, Omar Ribeiro. Raça, sexualidade e doença em Moçambique. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, nº1, p.263-286, 2006
74. PINTO, Suely Lima de Assis. A Socialização Humana e a internalização da cultura. Goiás, vol.1 n.2, p 1-32, 2006
75. PFEIFFER, James. Condom Social Marketing, Pentecostalism, and Structural Adjustment in Mozambique: A Clash of AIDS Prevention Messages. **Medical Anthropology Quartely**. USA, v.18, nº1, p.77-103, 2004
76. REUTERS, Thomson. Unicef distribui medicamentos para frear transmissão do HIV para bebês: Infecção vertical afeta mais de mil bebês na África todos os dias. São Paul, 2009. Disponível em <http://noticias.r7.com/saude/noticias/unicef-distribui-medicamentos-para-frear-transmissao-do-hiv-para-bebes20101109.html>. Acessado em 15/02/211
77. ROCHA, Ana Luiza de Carvalho da; ECKERT, Cornelia. Etnografia: saberes e práticas. In: PINTO, Céli Regina Jardim; GUZZELLI, César Augusto Barcellos(org.). **Ciências Humanas: pesquisa e método**. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

78. RUQUOY, Danielle. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: ALBARELO, Luc et. al (orgs). **Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 1997
79. SANGALLI, C. Nicola; Henriques, F. Nunes; Oliveira, L. Dias de. A influência das avós no aleitamento materno exclusivo. Revista HCPA, vol nº30, p 153-160, 2010
80. SILVA, Jose. **Integrar a medicina tradicional para melhorar o estado de saúde em Moçambique**. Trabalho de dissertação. Maputo: UEM, 1998
81. SERRA, Carlos. Historia de Moçambique: Primeiras sociedades sedentárias e impacto dos mercadores (200/300 – 1886). Vol. I. 2ª Ed. Maputo: UEM, 1988.
82. SERRA, Carlos. **Cólera e catarse**. Maputo: UEM, 2003, 101p.
83. SDSMAS. **Relatório Anual**, 2010. Mopeia 27p
84. SOUSA JR, Fernando de. **O desenvolvimento humano e os investimentos em formação médica: caso de Moçambique**. Lisboa: CESA, 2002 42p
85. SUBHUANA, Carlos. **A circuncisão como rito de passagem na problemática da cultura moçambicana**: os casos da cultura yao e da igreja católica (inculturação). [Dissertação] Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001
86. TABI M.M., POWELL M, Hodnicki D. Use of traditional healers and modern medicine in Ghana. **Intern Nursing Review**, nº53, p.52–58, 2006
87. THIOR, Ibou, et al. Breastfeeding Plus Infant Zidovudine Prophylaxis for 6 Months vs Formula Feeding Plus Infant Zidovudine for 1 Month to Reduce Mother-to-Child HIV Transmission in Botswana. **JAMA**, nº 7, vol 296, p.794-805, 2006.

88. UNICEF. **The State of the World's Children 1987**. Oxford: Oxford University press, 1987, 157p.
89. UNICEF. **Progresso na cobertura de imunização. 2008a**. Disponível em: www.unicef.org/mozambique/pt/child_survival_3143.html. Acessado em 02/01/2010
90. UNICEF. **Campanha Nacional de Saneamento do Meio e da Promoção de Higiene**. Disponível em: http://www.unicef.org/mozambique/media_4451.html. Acessado em 02/01/2010.
91. UNICEF. **Prevenção da transmissão de mãe para filho**. 2010. Disponível em: http://www.unicef.org/mozambique/pt/hiv_aids_3178.html Acessado em 23/10/2010
92. VAN ZANTEN, Agnés. Pesquisa qualitativa em educação : pertinência, validade e generalização. **Perspectiva: revista do centro de ciências da educação** Florianópolis: v. 22, nº1, p. 25-45, 2004.
93. VICTORA, Ceres Gomes et al (org). **Pesquisa Qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo, 2000
94. YASSIM, M. Khaled & ANTIA, Bassey E. Quality assurance of the knowledge exchange process: a factor of success in the children Health programs in developing countries. **International journal of the world care quality assurance**. United Kingdom, v.16, nº1, p.9-20, 2003
95. WHO. **The Breastfeeding Committee for Canada**. WHO, 2006

Anexos:

Anexo1: Ficha de identificação da criança falecida.

<p>Práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos de idade, na comunidade de Mopeia sede (Moçambique)</p> <p>FICHA DE RECOLHA DE DADOS - <u>CONFIDENCIAL</u></p> <p>Nome da criança falecida:</p> <p>Data de nascimento:// 200..... Data do óbito://2009</p> <p>Idade na altura da morte: dias/ semanas / meses / anos (circular o termo apropriado)</p> <p>Hospital: Serviço: NID:</p> <p>Causa da morte:</p>
<p>Nome da mãe:</p> <p>Alcunha da mãe:</p> <p>Nome do pai:</p> <p>Alcunha do pai:</p>
<p>Residência.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Contactos:</p> <p>Nome: Telefone:</p> <p>Nome: Telefone:</p> <p>Nome: Telefone:</p>

Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido

Chamo-me **Jose Braz Chidassicua**, Sou estudante da Faculdade de Saúde Pública, área de concentração: Saúde, ciclos de vida e Sociedade, pretendo recolher dados para minha dissertação do fim de curso de mestrado. Um dos chefes da vossa aldeia, {diga o nome do guia da aldeia} ajudou-me a localizar o seu agregado. O hospital informou que uma morte ocorreu nos últimos 12 meses. Tenho imensa pena por ouvir que um membro do seu agregado familiar perdeu a vida. Por favor, aceite os meus sentimentos.

Para melhorar a prestação de cuidados de saúde no nosso distrito e no país em geral, estamos a recolher informação sobre as mortes recentes nesta área e a percepção sobre as campanhas governamentais de saúde, particularmente a vacinação, uso de rede mosquiteira e amamentação exclusiva de crianças até aos seis meses de idade. Este estudo é chamado **Práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos de idade, na comunidade de Mopeia sede (Moçambique)**. Gostaria de convidá-lo para participar desta pesquisa. A entrevista é voluntária, costuma durar mais o menos 30 minutos, e pode ser interrompida a qualquer momento. As informações colhidas são confidenciais e serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa, e os resultados poderão ser veiculados por meio de artigos científicos, revistas especializadas e/ou encontros científicos ou congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

Têm alguma pergunta sobre o estudo? {Clarificar dúvidas se for necessário}

Podemos iniciar com a entrevista? Você nos autoriza a utilizar os registros médicos da criança falecida para entender melhor a causa da morte? A informação será mantida confidencial.

Tendo sido informado sobre a pesquisa, eu _____,
telefone nº _____, aceito participar por livre e espontanea
vontade, desta pesquisa e autorizo a utilizacao dos registros medicos da criança
falecida.

Mopeia, _____ de 2010

Assinatura / impressão digital do participante _____

Assinatura do pesquisador _____

Anexo 3: Termo de compromisso do pesquisador

O projeto de pesquisa intitulado **Práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos de idade, na comunidade de Mopeia (Moçambique)**, é da responsabilidade do pesquisador José Braz Chidassicua.

O estudo visa Compreender os significados socioculturais relacionados à saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos que a comunidade de Mopeia têm a partir das campanhas sanitárias governamentais em Moçambique, particularmente, vacinação das crianças, utilização das redes mosquiteiras e amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade.

Desta forma, como pesquisador comprometo-me em caráter irrevogável e prazo indeterminado em manter absoluto e total sigilo e confidencialidade em relação à identificação dos informantes da pesquisa, e declaro as informações, relativas ao objeto de estudo acima citado, serão coletados apenas para a realização do projeto de pesquisa.

São Paulo, _____ 2010

José Braz Chidassicua

Anexo 4: Guião de entrevista semidirectiva.

Distrito/Cidade _____

Localidade _____

Nome da entrevistada _____

Data da entrevista _ / _ /2010

1. Qual é o tipo de casa? _ Alvenaria _ Madeira e zinco _ Caniço

2. Qual é a situação financeira da família? _ Precária _ Baixa ____ Média

__ Normal _ Estável

3. Quantos agregados familiares existem _

4. Nível de formação da mãe:

Camponesa _ Desempregada _ Conta própria _ Funcionária pública _

EVENTOS SAUDE/DOENÇA/ MORTE

1. Qual era a idade da criança quando faleceu?

2. Qual pensa foi a causa da morte? E por quê?

3. Durante quanto tempo a criança/bebê adoeceu antes de morrer?

4. Quando a criança esteve doente levou ao hospital?

5. Quando foi a US gostou do tratamento que teve? Se sim ou não por quê?

6. Após a consulta, teria cumprido com a medicação dada pelo técnico de saúde? Se não por quê?

7. Para além dos medicamentos que o médico receitou deu um outro medicamento a criança? Por quê?

6. Para além do hospital levou a outro local? Se sim, qual? E por quê?

7. O que é que a família e a comunidade costumam dizer quando uma mulher tem uma criança doente?
8. Qual tem sido a reação do pai da criança (marido) perante este fato?
9. Segundo a sua percepção, quais seriam as razões que levam as pessoas a procurarem tratamento tradicional para as suas crianças?
10. Quando a criança se encontra doente quem têm a iniciativa de levar para receber tratamento?

AMAMENTACAO EXCLUSIVA ATE AOS 6 MESES DE IDADE

1. A criança chegou a mamar leite do peito? Se sim por quanto tempo? Se não por quê?
2. Com quantos meses a criança começou a comer papas, tomar leite, beber água etc? E por quê?

SANEAMENTO DO MEIO

1. Fonte de água: Canalizada _ Poço _ Riacho _ Outro _
 - a) Fervem a água que bebem? Sim ____ Não ____
 - b) Se não como tratam a água?
2. Quando a criança têm diarreia têm tomada a mistura oral?

VACINACAO / USO DE REDE MOSQUITEIRAS.

1. Já ouviu falar de campanhas sanitárias sobre a vacinação de criança e uso de redes mosquiteiras e amamentação exclusiva de crianças até aos 6 meses de idade?

2. A criança antes de falecer teria recebido vacina na Unidade sanitária? (solicitar cartão de vacinação da criança)
3. Chegou de levar o seu filho para apanhar vacina? Se sim ou não porque?
4. O que é uma vacina para si?
5. Quais são os tipos de vacina que uma criança deve apanhar?
6. Têm rede mosquiteira em casa?
7. Como é que adquiriu a rede mosquiteira?
8. O bebé dormia na rede mosquiteira? Se sim ou não por quê?
9. Em sua opinião para que serve a rede mosquiteira?

MATERIAL REFERENTE ÀS CAMPANHAS SANITARIAS

1. Qual das seguintes campanhas já ouviu falar? (Mostrar figuras)
 - a) Vacinação de crianças
 - b) Amamentação de crianças
 - c) Uso de rede mosquiteiras.
2. Qual é a mensagem que o cartaz transmite para a comunidade (população)?
3. Nesse cartaz, o que funciona como elemento motivador para agir em função da prevenção das doenças preveníveis?
4. Considerando a frase e a arte do cartaz, o que pode funcionar como elemento dificultador do entendimento da mensagem que a campanha tenciona transmitir?

Gostaria de dizer mais alguma coisa?

Muito obrigado pela sua colaboração nesta pesquisa

Anexo 6: Cartas de aprovação no comitê de Ética de Moçambique e Brasil

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
GOVERNO DA PROVÍNCIA DA ZAMBÉZIA
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE DA ZAMBÉZIA

AO:

Comité Nacional de Bioética para Saúde

Maputo

S/ Ref.

N/Ref. 2.028/002/DP3 Data: 10/05/2010

Assunto: Carta de Cobertura.

Exmo Senhores;

Esta Direcção recebeu do Senhor *José Braz Chidassicua* um pedido para realização de um estudo intitulado Práticas e saberes socioculturais sobre Saúde e doenças em crianças de 0 à 5 anos de idade, nas comunidades do distrito de Mopeia na Província da Zambézia no período de Julho a Setembro do corrente ano, resultados esses que servirão de suporte para conclusão do curso de Mestrado para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública.

Sendo que a actividade complementa os esforços do Governo em melhorar a qualidade dos serviços de Saúde, esta direcção concorda e apoia a realização desta actividade na Província.

Sem mais de momento, melhores cumprimentos.

Quelimane, 06 de Maio de 2010

O Director Provincial de Saúde

Alberto João Baptista

/Médico Generalista Assistente/

Direcção Provincial de Saúde da Zambézia, Travessia 1 de Julho, Prédio Monteiro Giro, Caixa Postal 50; Tel: 24900678; Fax: 24214424 -- Cidade de Quelimane

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE

Exmo Senhor
Dr. José Braz Chidassica

Ref.223/CNBS/10

Data 06 de Julho de 2010

Assunto: *Aprovação do Protocolo "Práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0-5 anos de idade, na comunidade de Mopeia (Moçambique)."*

O Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) analisou o protocolo intitulado: **"Práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0-5 anos de idade, na comunidade de Mopeia (Moçambique)."** sobre o mesmo chegou a seguinte conclusão:

O CNBS não vê nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo pelo que, dá a sua devida aprovação.

Contudo, recomenda aos investigadores que o mantenham informado do decurso do estudo.

Faz notar que a aprovação ética não substitui a autorização administrativa.

Sem mais de momento as nossas cordiais saudações.

Dr. João Manuel de Carvalho Amane

ENDEREÇO:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL 264
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 430814/427131(4)
Telex: 6-239 MISAU MO
FAX: 258 (1) 426547
258 (1) 33320

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/271/10

9 de setembro de 2010.

Prezados pesquisador e orientador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP **analisou**, em sua **6ª/10 Sessão Ordinária**, realizada em **6/8/2010**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2140, intitulado "**PRÁTICAS E SABERES SOCIOCULTURAIS SOBRE SAÚDE, DOENÇA E MORTE DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE, NA COMUNIDADE DE MOPEIA (MOÇAMBIQUE)**", área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do pesquisador **José Braz Chidassicua** e orientação do Professor **Rubens Camargo de Ferreira Adorno**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; 2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; 3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando houver o encerramento deste projeto; 4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP

Ilm.º Sr.

Prof. Assoc. **Rubens Camargo de Ferreira Adorno**
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública da USP

Anexo 7: Currículo do pesquisador e orientador

Jose Braz Chidassicua

Bolsista de Mestrado do CNPq

Possui graduação em Historia pela Universidade Eduardo Modlane (2005). Atualmente é estudante do programa de pós graduação em saúde publica do curso de mestrado da faculdade de saúde publica da universidade de são Paulo **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 12/01/2011

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/5996897343913479>

Dados pessoais

Nome Jose Braz Chidassicua

Nome em citações bibliográficas CHIDASSICUA, J. B.

Sexo Masculino

Endereço profissional Instituto nacional de Saúde- MISAU, Ministério de Saúde.
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende,
Bairro Central
Maputo, - Moçambique - Caixa-Postal: 264
Telefone: (258) 311038 Ramal: 300
URL da Homepage: www.misau.gov.mz

Formação acadêmica/Titulação

- 2009** Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Praticas e saberes socioculturais sobre saúde , doença e morte de crianças de 0 a 5 anos de idade, na comunidade de Mopeia (Moçambique),
Orientador: Rubens Adorno.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, , .
Palavras-chave: mortalidade infantil.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
- 2000 - 2005** Graduação em Historia.
Universidade Eduardo Modlane, UEM, Moçambique.
Título: A Relação Institucional entre o Estado Novo e a Igreja Católica, 1926-1974.
Orientador: Teresa Cruz e Silva.
Bolsista do(a): Orçamento Geral do Estado, , .

Formação complementar

- 2006 - 2006** Web redator. (Carga horária: 20h).
Mzbusiness.

Atuação profissional

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (1977), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1992) e Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1992). Atualmente é professor Associado da Universidade de São Paulo, e pesquisador do LIESP (Laboratório Interdisciplinar de Estudos Sociais em Saúde Pública), atuando na linha de pesquisa "Saúde Pública, Ciências Sociais e Sociedade Contemporânea" que procura trazer a contribuição da Pesquisa Social para o campo da Saúde, através do referencial das Ciências humanas e Sociais, buscando construir um tratamento teórico para as "vulnerabilidades contemporâneas" que possam se expressar a partir dos contextos que se constituem no capitalismo tardio e articulam os contextos globais, nacionais e locais, dos marcadores sociais, do cotidiano e das mudanças que ocorrem na vida das populações.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 04/10/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/7427719296567082>

Dados pessoais

Nome Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Nome em citações bibliográficas ADORNO, R. C. F.

Sexo Masculino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
AV. DR. ARNALDO Nº 715
CERQUEIRA CÉSAR
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30834117 Fax: (11) 30850240

Formação acadêmica/Titulação

1997 Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Qualidade de Vida e Formas de Vida Ameaçadas: a saúde e o cenário contemporâneo, *Ano de obtenção:* 1997.
Palavras-chave: Sociedade Contemporânea; Reflexividade Social; Exclusão Social; Saúde Pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Sociologia / *Subárea:* Sociologia da Saúde.

1989 - 1992 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: A Trajetória do Movimento e da Participação: A Conduta dos Atores Sociais na Saúde, *Ano de Obtenção:* 1992.
Orientador: Aracy Witt de Pinho Spínola.