



## **EPIDEMIAS DE CÓLERA E COMPORTAMENTO SOCIAL NUM BAIRRO SUBURBANO DE MAPUTO ENTRE 1999-2007**

Ercílio Neves Brandão Langa

Mestrando na Universidade Federal do Ceará

[ercilio.langa@gmail.com](mailto:ercilio.langa@gmail.com)

### **Introdução**

A cólera é uma doença infecciosa causada por um vibrião, o “vibrio cholerae”, estando presente no bairro de Maxaquene “A”, um subúrbio em Maputo, capital de Moçambique. Esta transmite-se por via oral, através do contacto dos indivíduos com águas contaminadas pelo vibrião colérico, quer através do contacto com fezes. A ocorrência e prevalência da habitual cólera nas várias regiões do país, leva a considerá-la uma doença endémica.

Apesar de considerar o contributo dos factores naturais para a ocorrência de casos de cólera, é através do comportamento dos indivíduos e do contexto físico e social que elucidado esta problemática. Os surtos de cólera são uma realidade antiga em Moçambique. Porém, nos últimos anos, têm tomado proporções epidémicas e endémicas, daí a necessidade de compreendê-los numa perspectiva sociológica.

Diante de casos de cólera, o comportamento dos moradores do bairro de Maxaquene “A” é influenciado pela interação cotidiana e pelo comportamento de outros indivíduos, sejam eles parentes, familiares, amigos ou vizinhos; assim como pelo contexto físico e social. Este bairro é um dos mais afectados pela cólera na cidade de Maputo ao longo dos últimos 12 anos, ocorrendo de forma persistente, o que faz com que a doença da cólera tenha contornos epidémicos.

Desde então, a cólera afecta anualmente mais de 1% da população do bairro, sendo por isso considerada epidémica pelas autoridades de saúde. Maxaquene "A" é um bairro “típico” no perfil dos bairros afectados pela cólera: suburbano, não possui um sistema de esgotos e drenagem das águas, sem ordenamento territorial e populoso. Escolhi o espaço temporal de



análise entre 1999 a 2007, cerca de 10 anos, por ser o período no qual há dados sobre a cólera na cidade de Maputo levantados pelo Ministério da Saúde.

Assim sendo, o contexto social - a insegurança dos indivíduos face ao quotidiano e ao futuro, o emprego dos indivíduos no mercado informal em bancas e barracas, mas também a insegurança que os indivíduos sentem na via pública devido ao roubo e aos constantes assaltos, e a elevada densidade populacional por m<sup>2</sup> e o descontentamento político - influenciam o comportamento dos indivíduos neste bairro.

Entretanto, considero também as questões de ordem físico-ambiental presentes neste bairro, os solos húmidos, a ausência de latrinas e de água canalizada nas residências, a presença de água estagnada nas ruas, a ausência de sistema de esgotos e drenagens das águas.

A cólera constitui um problema de saúde pública em Moçambique, havendo necessidade de incluir os diversos determinantes de saúde (factores físicos, ambientais, serviços de saúde, as classes e estilos de vida), referenciando as situações sociais, económicas e organizacionais a ela relacionados. Por outro lado, a dinâmica social que incide sobre o comportamento dos indivíduos diante das doenças vai além dos estudos biológicos ou dos serviços de saúde.

Do ponto de vista biomédico, a doença da cólera é frequentemente relacionada a fenómenos naturais e climáticos, como a existência de solos húmidos, a ausência ou excesso de chuvas. A cólera é associada também a determinadas estações de ano, como a época chuvosa ou ao período de Verão, e a factores geográficos como o nível do lençol freático ou zonas baixas.

Apesar de tomar em conta a contribuição destes fenómenos naturais, climáticos, geográficos e sua influência para a existência e propagação de casos de cólera, do ponto de vista sociológico, por si só, estes fenómenos não são determinantes para explicar a presença da cólera neste bairro. A cólera e seus determinantes naturais têm sido amplamente estudados pelas ciências biomédicas, porém, têm ficado à margem do debate ao nível das ciências sociais. Partindo de uma visão biomédica, Elisa Taviani et al., (1996) argumentam que os conhecimentos relativos à doença da cólera e ao seu agente etiológico são vastos e



difundidos largamente, permitindo o seu controle diagnóstico e terapêutico de maneira eficaz.

A cólera é atualmente considerada um problema de saúde pública em Moçambique, por este motivo, deve ser submetida a uma reflexão teórica que supere as fronteiras do senso comum e do processo de naturalização a que ela está submetida.

### **Referencial teórico e metodológico**

Ao nível das ciências sociais, poucos teóricos discutem a influência dos factores naturais sobre o comportamento dos indivíduos. Partindo da sociologia compreensiva perspectivada por Max Weber, Giddens (1990) considera estes factores como condições do comportamento humano porque são independentes da acção dos indivíduos e desprovidos de significado subjectivo:

A sociologia tem de ter em consideração os objectos e acontecimentos que influenciam a actividade humana, mas que são desprovidos de significado subjectivo. Esses fenómenos (que incluem, por exemplo, os factores climáticos, geográficos e biológicos) são condições do comportamento humano, não se relacionando porém necessariamente com qualquer propósito humano. Na medida em que esses fenómenos são implicados nas finalidades humanas subjectivas, assumem um significado, tornando-se em elementos da acção social.(GIDDENS, 1990, p.208).

Por conseguinte, considero os fenómenos naturais, geográficos e climáticos susceptíveis de influenciar a conduta dos indivíduos diante de casos de cólera como condições de comportamento humano e elementos da acção social. Apesar de serem independentes da intenção humana, nos seus relatos, os indivíduos fazem referência a estes fenómenos como determinantes para a existência e propagação de doenças, conferindo a estes fenómenos um significado subjectivo.

A sociologia compreensiva de Max Weber mostrou-se a abordagem teórica mais adequada para a compreensão da acção e comportamento humanos e o sentido que eles atribuem ao seu comportamento. Weber (2003) elaborou uma tipologia do comportamento ou acção social que distingue quatro tipos de comportamentos que orientam a conduta social: a acção racional no que respeita aos fins, a acção racional no que respeita aos valores, a acção afectiva e a acção tradicional.



Na "conduta racional no que respeita aos fins", de acordo com Weber, o indivíduo orienta a sua acção por um determinado fim, calculando racionalmente os meios adequados e as consequências. Enquanto que na "acção racional no que respeita aos valores", o indivíduo age orientado por um ideal dominante, negligenciando as outras alternativas. A sua acção é determinada pela crença consciente no valor próprio e absoluto de uma determinada conduta, sem relação com o resultado.

Na "acção afectiva ou emocional" o indivíduo age determinado por afectos ou estados sentimentais ou, sob influência da emoção. Ao passo que, na "acção tradicional", o indivíduo age influenciado pelas acções quotidianas habituais, ele é influenciado pelo costume e pelo hábito. Neste sentido, a "conduta racional no que respeita aos fins" é encarada pela sociologia como tipo ideal no que diz respeito à acção empírica (WEBER, 2003).

Relativamente à metodologia, optei pela utilização de métodos quantitativos e qualitativos, pois, nenhum dos dois individualmente se mostrou suficiente para compreender a nossa problemática. A metodologia consistiu no levantamento bibliográfico, definição dos conceitos e sua operacionalização e na interpretação dos resultados. Mas também na utilização de dados estatísticos sobre o bairro, no cálculo e definição da amostra dos moradores a entrevistar, na aplicação de um questionário semi-estruturado na colecta de dados durante a pesquisa de campo. Assim, entrevistei 26 famílias nas suas respectivas residências, em 05 quarteiros diferentes do bairro. Destas, 06 agregados tiveram casos de cólera no passado.

### **Breve observação etnográfica sobre o bairro**

Maxaquene "A" é um bairro suburbano, onde o tamanho dos talhões e o formato das residências varia muito, assim como o tipo de material usado na sua construção. O bairro não tem ordenamento territorial, e é constituído por becos e ruelas. Num quintal, é possível encontrar várias famílias, partilhando um pouco de tudo. A maioria das casas é feita de bloco com tecto de chapa de zinco. Há também muitas casas feitas de tijolo vermelho com coberturas de chapas de zinco e um número reduzido de residências feitas de caniço.



As casas existentes são de pequenas dimensões e com pequenas divisões. O número de divisões das residências varia de nenhuma a quatro. As casas de banho situam-se nos quintais, nunca dentro das casas. Os quintais das casas são pequenos. Os muros das residências são bastante diferentes e de diversos tamanhos.

Alguns são feitos de bloco rebocado com cimento, que na verdade constituem autênticas paredes, não permitindo ver o quintal, outros são feitos de blocos de cimento e outros de chapas de zinco. Porém, a maioria das casas têm os muros feitos de uma planta espinhosa.

Um pequeno número de moradores possui água canalizada dentro de casa. Os que possuem água canalizada têm uma torneira no quintal. Nenhum agregado por mim entrevistado possuía torneira dentro de casa, na cozinha ou casa de banho. Nas casas de banho, a maioria das famílias usa latrinas não melhoradas. Para a sua construção utilizam um tambor metálico de 80 litros, aberto nas duas extremidades que são enterrados verticalmente no solo e lá depositam as fezes. Depois colocam um pneu que serve de base para as pessoas se equilibrarem durante as dejeções.

A água canalizada é transportada em tubos de copulene de 5 mm. Estes tubos costumam ter comprimentos até 500 metros, pois os moradores puxam água a esta distância até suas casas. Diariamente e bastante cedo, vêm-se mulheres de várias idades com bidões de 25 litros e latas plásticas por cima da cabeça a carretar água. A maioria dos moradores não possui água canalizada em casa, estes tiram-na em casa do vizinho e pagam uma taxa que varia dos 50 centavos a 1 Metical diários. Outros pagam ao final do mês valores entre os 40 a 75 meticais pela água que carretam diariamente.

Um pequeno número de moradores possui água canalizada dentro de casa, possuindo uma torneira no quintal. Nenhum agregado entrevistado possuía torneira dentro de casa, na cozinha ou casa de banho. Nas casas de banho, a maioria das famílias usa latrinas não melhoradas. Para a sua construção utilizam um tambor metálico de 80 litros, aberto nas duas extremidades que são enterrados verticalmente no solo e lá depositam as fezes. Depois colocam um pneu que serve de base para as pessoas se equilibrarem durante as dejeções.



Um pequeno número de moradores possui uma latrina melhorada e um número ainda mais reduzido possui uma sanita. Poucos moradores se orgulham de possuir uma fossa séptica para escoar as águas usadas. Assim, quando a latrina enche de água e dejetos humanos, abrem outra. As cozinhas e casas de banho são construídas junto ao muro que separa a residência da rua. Em seguida, fazem um pequeno buraco no muro para que a água utilizada escoe para a rua.

Os moradores do bairro constituem famílias alargadas, o número de membros varia de 01 a 10, na sua maioria compostas por jovens e crianças em idade escolar. A maioria das famílias do bairro vive em situação de pobreza auferindo menos do salário mínimo mensalmente. Devido ao custo de compra e construção de habitação e à ausência de ordenamento urbano é comum encontrar duas, três ou até mais famílias partilhando o mesmo quintal, a mesma torneira e a mesma casa de banho. Os filhos adultos constroem o seu quarto/ sua casa dentro do quintal da residência de seus pais. Assim, num quintal encontramos duas a quatro residências/quartos pequenos. Também encontramos convivência de duas a três gerações da mesma família no mesmo quintal: os avôs, os filhos e os netos.

Há um elevado número de casas em arrendamento. Na verdade, são pequenos quartos construídos um a seguir ao outro. Este tipo de imóveis construídos especialmente com o objetivo de colocar os quartos em arrendamento é chamado de *comboio* na gíria popular. O nome *comboio* parece derivar do facto dos imóveis/quartos, pela sua disposição física assemelharem-se aos vagões de um comboio. Nos comboios vivem diversas famílias que geralmente partilham um mesmo quintal, e a mesma casa de banho. Geralmente não possuem cozinhas.

O desemprego é outra situação descrita pelos entrevistados. Normalmente apenas um membro da família tem trabalho formal, e os outros se desenrascam em biscates. A este contexto de pobreza e desemprego soma-se o alto custo de vida suportado pelas famílias residindo no meio urbano. Quase todo o rendimento conseguido é gasto com alimentação, transporte e despesas escolares dos jovens e crianças. Existe um descontentamento "político"



em relação ao partido no poder. Segundo os entrevistados "A culpa é da Frelimo" porque "só querem encher os bolsos" e porque "comem sozinhos".

### **Epidemias de cólera, precariedade social e formas de protesto social**

A cólera é uma doença estigmatizada pelos indivíduos. É associada à falta de higiene, às mãos sujas e é referida como a doença do outro. Daí o frequente tom de acusação aos vizinhos como aqueles que já tiveram cólera, como aqueles que não seguem as normas de higiene, que não mudam o comportamento. A cólera é atribuída ao meio ambiente físico e às condições de vida em que vivem os indivíduos. As epidemias de cólera, bem como a reação a elas tem sido pouco estudadas em Moçambique.

O Instituto de Comunicação Social-ICS (1992) realizou um estudo sobre o comportamento, atitudes e crenças diante da cólera na província de Tete depois da eclosão de uma epidemia. Este estudo procurou avaliar até que ponto as populações estavam informadas sobre a cólera, assim como o alcance das campanhas de prevenção da cólera lançadas pelas autoridades de saúde.

Por outro lado, Carlos Serra (2003) conduziu uma pesquisa sociológica sobre a reação dos indivíduos na base de uma crença de que a água que consumiam fora contaminada pela cólera nas zonas costeiras de Nampula, norte de Moçambique. Serra analisou o comportamento dos indivíduos a partir da dimensão política, relacionando o comportamento da população à tensão política e à luta partidária, geradas pelas eleições, como estando na origem do comportamento violento das populações durante os surtos de cólera.

Deste estudo concluiu-se que os protestos da população contra a aplicação do cloro na água revelavam uma profunda intranquilidade e falta de confiança no Estado. O boato popular de que a cólera era trazida pelo governo, era uma maneira política da população manifestar insatisfação e falta de confiança no governo.

De acordo com Serra (2003), a pobreza foi um dos pilares do mito de que a cólera era intencionalmente provocada pelo governo. Outra conclusão deste estudo foi, de que a crença da população nada tinha de irracional. Esta crença estava enraizada num campo



de privações por um lado, e, por outro, na falta de diálogo com os funcionários administrativos e a ausência de campanhas de esclarecimento e prevenção de epidemias.

Relativamente ao bairro de Maxaquene "A" e seu contexto social, a maioria das famílias vive com rendimentos até um salário mínimo. Apesar da situação de pobreza em que vivem a maioria das famílias, esta não é um fator suficiente para explicar a não adoção de medidas preventivas diante das epidemias de cólera por parte dos moradores.

Há alguns anos que as autoridades de saúde vêm realizando campanhas de informação e prevenção, assim como de desinfecção no bairro. Um purificador de água para consumo produzido à base de hipoclorito de sódio, de marca comercial "Certeza" é distribuído e vendido a baixo custo em todo o país. Este vem substituir as práticas onerosas anteriormente utilizadas, como ferver a água antes de consumir, ou a compra de água mineral.

Entretanto, a epidemia de cólera mostra ser uma preocupação adicional às preocupações do cotidiano, como a sobrevivência e o emprego. Quando questionados sobre as preocupações, problemas e desafios que o bairro enfrenta, os moradores referiram-se a problemas como o desemprego, alto custo de vida, insegurança devido aos assaltos diários que sofrem, devido às ações dos malfeitores. Em seguida aparecem as preocupações fito-sanitárias, a falta de água canalizada próximo de casa, o lençol freático elevado que alaga os solos já húmidos e as condições em que se encontram a maioria das latrinas.

O contexto social é marcado por acusações e culpabilização entre os moradores, que se responsabilizam mutuamente pela ocorrência de epidemias no bairro. Acusam-se os comportamentos e hábitos que causam a cólera, dentre os quais a drenagem de águas usadas nas cozinhas e casas de banho para a rua, a falta de higiene, o lixo jogado pelas ruas, o consumo de água não tratada, entre outros.

Por outro lado, existe um descontentamento político em relação às autoridades do bairro e do governo. Os chefes de quarteirão, o círculo do bairro, o posto policial são acusados de injustiças e de omissão diante das condições do bairro. Em particular as arbitrariedades



cometidas pelas autoridades, corrupção e suborno na concessão, disputa de terrenos e espaços no bairro. Assim, como se verificam casos de nepotismo, clientelismo e familismo na distribuição das benesses sociais advindas de projetos sociais como cursos profissionalizantes para jovens e distribuição de latrinas melhoradas.

É "culpa da Frelimo", "só vem aqui quando querem votos" argumentam os moradores. Os chefes de quarteirão e círculos do bairro, assim como o posto policial são na realidade estruturas subordinadas ao Estado e ao partido no poder em Moçambique. É nestes locais que e em várias instituições públicas que ocorrem as reuniões partidárias, tornando a distinção entre partido e Estado difícil, perene e confusa. Neste clima de acusações ao outro, e ao governo da Frelimo pela presença da cólera é notório o saudosismo em relação ao "tempo colonial" e à sua biopolítica.

Na década de 1960, a administração colonial portuguesa conseguiu controlar e até erradicar algumas doenças epidêmicas entre as quais a cólera, a malária ou a varíola, em Moçambique, então colônia portuguesa, quer no espaço urbano, quer nas zonas rurais, por meio de um rigoroso sistema de controle e vigilância sanitária.

O saudosismo em relação à administração colonial portuguesa e seus métodos de vigilância sanitária, segurança pública, política de preços é notória entre as pessoas mais velhas. Esta visão é corroborada por Rita-Ferreira (1967-68) ao descrever esta biopolítica nos bairros suburbanos da então Lourenço Marques.

De acordo com este autor, já no período colonial, os bairros suburbanos eram habitados por indivíduos que possuíam renda baixa e não dispunham de sistemas de saneamento. Neste período, alguns bairros dos subúrbios da cidade de Lourenço Marques foram alvo de ações de prevenção e erradicação de doenças, especialmente contra a malária, dirigida pelo governo colonial. Tal aconteceu através de brigadas de erradicação de doenças. Estas brigadas caracterizaram-se pelo uso da força e coerção para obrigar a população a cumprir as normas de higiene individual e coletiva.



Os residentes mais antigos do bairro, que viveram o "tempo colonial" contam que estas brigadas eram compostas de homens brancos portugueses a pé ou a cavalo, sempre acompanhados por um intérprete negro que falava as línguas dos "pretos", e percorriam os becos, vielas do bairro de casa em casa, inspecionando os reservatórios de água, casas de banho e as cozinhas. Com auxílio de uma concha metálica colhiam as águas dos reservatórios, deitavam ao chão a água que desconfiavam não estar limpa e vacinavam compulsivamente a população, entre outras práticas coercivas.

### **A experiência da cólera**

Alves (1993) designa de experiência da doença aos meios pelos quais, os indivíduos e grupos sociais respondem a um episódio de doença. Os comportamentos, atitudes e crenças dos indivíduos constituem respostas organizadas em relação à doença, e algumas vezes são influenciadas e até reproduzem os conhecimentos médicos. Nesta perspectiva, caberia ao investigador esclarecer esta realidade através de instrumentos analíticos.

Adam e Herzlich (2001) argumentam que a experiência da doença é algo universal para os diferentes povos, mas que esta experiência é modelada pelo contexto social e culturais vigentes onde ela ocorre. Para estes autores, a doença e a saúde se definem em função das exigências e expectativas ligadas ao ambiente em que os indivíduos estão envolvidos, assim como às suas relações familiares e profissionais.

É neste contexto que reafirmam a importância do aspecto social na determinação dos estados de saúde, sem substituir a explicação biológica por uma explicação puramente social. Os dois autores partem da ideia segundo a qual, "as forças e relações sociais configuram o conhecimento, as crenças e a escolha do tratamento da doença" (ALVES, 1993).

Num outro ponto de vista, Kleinman (1988) que parte das narrativas sobre o sofrimento e recuperação diante das doenças, parte dos conhecimentos que influenciam os indivíduos nas suas percepções sobre a doença. Este autor vai mais longe ao propor um Modelo Explicativo como um instrumento teórico para explicar como os indivíduos percebem os episódios de



doença e os meios empregues para se recuperar dela, em contextos culturais caracterizados pela existência de vários sistemas de tratamento.

Indo ao encontro dos moradores do bairro de Maxaquene "A", verifiquei que às noções em torno da doença são diversas. Os moradores sentem que estão doentes, quando o mal-estar os impede de realizar as suas actividades quotidianas; quando a doença lhes impede de trabalhar, de acordar à hora habitual. Estes associam a doença ao facto de não trabalhar, à preguiça, a má disposição, falta de forças e de apetite, e à fraqueza. Nestes a doença refere-se principalmente a capacidade física.

Estes afirmam que a ocorrência de doenças deve-se ao lixo, a água suja, ao facto de não se fazer bem a limpeza; assim como as condições de vida dos moradores e às condições ambientais do bairro. Estes moradores apontam o ambiente à sua volta como causador das doenças, explicando a existência de doenças como vindas de fora, a partir das suas relações com os vizinhos, com as autoridades do bairro e com o meio ambiente.

Apesar da maioria dos moradores nunca ter contraído a doença da cólera, estes afirmam que eles e suas crianças sofrem regularmente de diarreia e dores de barriga. Apesar desta situação, estes não questionam a ocorrência das doenças diarreicas, ainda que alguns associem estas afecções à água que consomem.

Há uma naturalização da doença, onde os moradores não questionam por que ficam doentes, não fazendo nada para contrariar esta situação. Estes encaram as doenças como algo natural, apesar de atribuírem diversos significados a elas: ao tempo chuvoso, ao Verão, ao tempo das frutas e à falta de higiene nos indivíduos.

### **Conclusões**

A maioria das famílias do bairro ouviram falar da cólera e têm conhecimentos sobre os modos de transmissão e de prevenção da doença. Dentro deste grupo há percepções distintas sobre a causa da existência da cólera no bairro: alguns apontam a falta de higiene como a causa da cólera, outros ainda apontam o vizinho como causador da cólera e outros a atuação do governo que nada faz para melhorar as condições do bairro.



Neste último grupo, a inoperância e omissão do governo é a causa da existência da cólera. "A culpa é da Frelimo", dizem os moradores. Nesta afirmação confunde-se a responsabilidade do Estado para com os cidadãos com a atuação do partido no poder. Esta é uma realidade comum em Moçambique, onde o partido no poder se confunde com o Estado, devido ao uso de bens públicos a título privado, corrupção, perseguição política de membros da oposição em empresas estatais, entre outras práticas.

Quando ouvem dizer que há casos de cólera no bairro e diante de casos da doença, estes não tomam nenhuma medida, isto é, "não fazem nada". Este comportamento é contrário ao ideal definido pela tipologia de comportamento social de Max Weber. Segundo a tipologia proposta por Weber (2003), o comportamento verificado no bairro deve ser classificado como "tradicional", onde o indivíduo age influenciado pelas interações e acções quotidianas habituais. Neste tipo de conduta, os hábitos, os usos e costumes são dominantes. Apesar deste comportamento, os moradores afirmaram adotar as recomendações e conselhos que passam na rádio e televisão sobre como se prevenir da cólera e outras doenças diarreicas.

A maioria dos moradores conhece um vizinho ou outro morador do bairro cujo agregado contraiu a doença da cólera. Estes ligam a doença da cólera a uma estação do ano, ao tempo chuvoso, ao tempo de verão e à ausência de higiene nos indivíduos. Para estes a cólera tem como causa um factor natural e/ou atmosférico, mas também o comportamento dos indivíduos, por falta de higiene.

Nas famílias que contraíram a cólera houve mudança de comportamento; estas passaram a ter mais cuidado principalmente com a água que consomem. Porém, a mudança de comportamento deveu-se aos conselhos das autoridades hospitalares para que os outros membros não contraíssem a cólera, e não necessariamente devido à doença.

As crianças são referenciadas como as mais afectadas pela cólera, são elas as primeiras a contrair a cólera no agregado familiar. As mães destas encaram a cólera como algo exterior, vindo de fora do corpo, atribuindo como causa da cólera o meio-ambiente físico em que



vivem, às condições do bairro. Para elas a doença é algo que vêm de fora do corpo, e, a cólera localiza-se fora do corpo, daí não fazerem nada para se prevenirem da doença.

Para os residentes do bairro "ter saúde" ou "ser saudável" é algo individual e está ligado ao corpo do indivíduo, dependendo das características físicas como: a massa corporal, o facto do indivíduo desempenhar as actividades quotidianas rotineiras, trabalhar e do facto do indivíduo alimentar-se todos os dias. Mas também ao facto de se fazer controlo e realizar exames médicos na unidade sanitária. Estas concepções de saúde são influenciadas pela biomedicina, que aparece como o sistema de cura dominante, em frente dos curandeiros e das igrejas evangélicas.

A doença é algo colectivo. Os moradores evitavam falar da cólera, mas referiram ser frequente contrair febres, dores de cabeça, constipação e diarreias. A frequência destas doenças é mensal. Os residentes chamam-lhes "doenças ligeiras". Estes tomam a cólera e outras doenças como algo óbvio, inerente ao seu quotidiano.

Neste bairro, a saúde e a doença dependem das condições do contexto social, do meio-ambiente e do comportamento dos indivíduos. A doença da cólera é identificada com o "outro", com o vizinho e em tom de acusação e culpabilização. A maioria dos moradores afirma que nunca contraiu a cólera, mas que seus vizinhos já foram afectados por esta doença. Estes afirmam que seus vizinhos tiveram cólera porque não mudam de comportamento.

O "comportamento que não muda" refere-se à falta de higiene dos indivíduos, porque não cuidam das suas casas de banho. Outra causa da cólera apontada pelos moradores são as barracas que existem no bairro, porque poucas possuem casas de banho. Para estes, ter higiene está associado à limpeza da casa, ao lixo, às condições das casas das latrinas e principalmente à lavagem das mãos.

O facto dos indivíduos não questionarem porquê ficam doentes, de "não fazerem nada" para se prevenir da doença da cólera, revela conformismo. Revela também a aceitação da doença



como algo natural e óbvio. Os moradores encaram a doença como parte do meio-ambiente físico e social em que vivem, naturalizando a doença.

A naturalização da doença é algo colectivo. A naturalização da doença liga-se ao meio-ambiente físico e social, mas também ao comportamento dos indivíduos. A frequência de ocorrência das doenças é alta. É raro ficar dois anos sem adoecer. Estes casos são considerados anormais pelos moradores. Os moradores tomam a doença como algo natural, inerente ao seu quotidiano.

Existe uma relação entre o contexto social, o comportamento dos indivíduos e o meio-ambiente físico para a ocorrência de epidemias de cólera. Para os moradores a cólera existe devido ao ambiente físico e social que os circunda: as condições do bairro e devido ao comportamento dos indivíduos que não muda. Mas também devido ao nível elevado do lençol freático, à água que escorre pelos caminhos do bairro. Estes encaram o ambiente físico e social que os rodeia como hostil à sua sobrevivência e bem-estar.

A causa da cólera é sempre externa, atribuída ao outro, à sujidade que os outros produzem, entre outros discursos sobre o outro. Os moradores vêem a cólera como algo exterior trazido pelos outros e não como fruto de seu próprio comportamento. Portanto, os moradores atribuem como causas da presença das doenças ao meio-ambiente físico e social, e ao comportamento dos indivíduos. Porém, a cólera é atribuída ao comportamento dos outros. Ela manifesta-se como algo social, provocado principalmente pelo comportamento dos indivíduos.

### **Referências Bibliográficas**

ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. **Sociologia da Saúde e da Medicina**. São Paulo: EDUSC, 2001.

ALVES, Paulo César. A Experiência da Enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 9 (3): 263-271, jul/set, 1993.



ARQUIVO HISTÓRICO DE MOÇAMBIQUE. **Boletim Oficial**. n. 24, 11 Jun, relatório de António Justino de Faria Leal, 1859.

BARRETO, Avertino. Prefácio. **I Quaderni della Cooperazione Italiana**. vol 8, 2006.

DIRECÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO. **Gráfico da Comparação de Casos de Cólera por Bairros mais afectados da Cidade de Maputo nos anos de 1999, 2000 3 2004**. Maputo: DSCM, 2006.

\_\_\_\_\_. **Gráfico Cumulativo de Casos de Cólera por Bairros da Cidade de Maputo na Epidemia de 21 de Dezembro de 2003-2004**. Maputo: DSCM, 2006.

\_\_\_\_\_. **Gráfico Cumulativo de Casos de Cólera por Bairros da Cidade de Maputo até ao dia 25-04-08, Êxito 7.11.07.2007**. Maputo: DSCM, 2008.

GIDDENS, Anthony. **Capitalismo e Moderna Teoria Social: uma análise das obras de Marx, Durkheim e Max Weber**. Lisboa: Editorial Presença, 1990.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. **Pesquisa sobre Comportamentos, Atitudes e Práticas em relação à cólera na província de Tete**. Maputo: ICS, 1992.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **II Recenseamento Geral da População 1997: resultados definitivos da cidade de Maputo**. Maputo: INE, 1997a.

\_\_\_\_\_. **II Recenseamento Geral da População e Habitação 1997: indicadores sócio-demográficos de Maputo Cidade**. Maputo: INE, 1997b.

\_\_\_\_\_. **Anuário Estatístico da cidade de Maputo**. Maputo: INE, 2003.

KLEINMANN, Arthur. **The Illness Narratives: suffering, healing & the human condition**. USA: Basic Books, 1988.

MATOS, Carla Silva et al. Breve Historial das Epidemias de Cólera que afectaram Moçambique. **I Quaderni della Cooperazione Italiana**. vol 8, 2006.

MATOS, Elmer A. C. de. Serviços urbanos da Maxaquene “A” e da Urbanização. In: ARAÚJO, Manuel G. M de (coord.). **Cidade de Maputo: algumas características geo-espaciais**. Maputo: UEM, 2006.



- MINAYO, Maria. C. de Souza. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.
- MISAU. **Manual de Vigilância Epidemiológica para o nível distrital: interpretação e acção**. I vol. Maputo: DNS, [s.d.].
- MULENGA, Alberto C. **Introdução à Estatística**. Maputo: [s.n.], 2004.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998.
- RICHARDSON, Robert. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- RITA-FERREIRA, António. Os Africanos de Lourenço Marques, Saúde e Nutrição. In: **Instituto de Investigação Científica de Moçambique**. Lourenço Marques: IICM. vol 9, série c, 1967-68.
- SERRA, Carlos. **Cólera e Catarse: infra-estruturas sociais de um mito nas zonas costeiras de Nampula 1998-2002**. Maputo: Imprensa Universitária, 2003.
- SEGRE, Marco & FERRAZ, Flávio. O Conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo 31 (5): 538-542, Set 1997.
- SOURNIA, Jean - Charles & RUFFIE, Jacques. **As Epidemias na História do Homem**. Lisboa: Edições 70, 1984.
- TAVIANE, Elisa et al. Vibrio Cholerae no meio ambiente: um habitante natural e um risco para a saúde pública. **I Quaderni della Cooperazione Italiana**. vol 8, 1996.
- TIMMS, Noel. **Sociologia e Problemas Sociais**. Coimbra: Atlântida Editora, 1970.
- UCHÔA, Elizabeth & VIDAL, Jean Michel. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro 10 (4): 497— 504, out-dez 1994.
- WEBER, Max. **Fundamentos da Sociologia**. 3ª ed. Porto: Rés Editora, 2003.