



UNIVERSIDADE
E D U A R D O
M O N D L A N E

**FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**Percepções sobre o Corpo e Malária a partir de
Vivências do Bairro da Munhuana, Cidade de Maputo**

Ludomilo Raulino Fumo

Supervisor: Prof. Doutor Cristiano Matsinhe

Maputo, Maio de 2018

Dissertação submetida ao Departamento de Antropologia e Arqueologia da Faculdade de Letras e Ciências Sociais na Universidade Eduardo Mondlane como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre por cursar o Mestrado em Antropologia Social

O supervisor

.....

O presidente

.....

O oponente

.....

Mestrando: Ludomilo Fumo

Maputo, Maio de 2018

Declaração

Declaro que esta dissertação é fruto de uma pesquisa original. Que é fruto da minha investigação, por isso indico, ao longo do trabalho e nas referências bibliográficas, as fontes de informação por mim utilizadas para a sua elaboração. Declaro ainda que o presente trabalho nunca foi apresentado anteriormente, na íntegra ou parcialmente, para a obtenção de qualquer grau académico.

Declarante:

(Ludomilo Fumo)

Maputo, Maio de 2018

Dedicatória

Aos meus pais Elisa e Carlos e minha família pelo seu apoio em todas minhas realizações.

Agradecimentos

O primeiro agradecimento vai para o meu supervisor Professor Doutor Cristiano Matsinhe, por ter aceitado acompanhar-me na escrita desta dissertação, mas também, pelo apoio paciente e incondicional na delimitação clara deste trabalho, pelo apoio crítico e metodológico. O agradecimento vai também para o apoio dado pelos professores do MAS, em especial as professoras Carla Braga e Esmeralda Mariano.

Agradecimento vai ainda para aqueles que, no campo de pesquisa, serviram de fonte para o meu entendimento sobre os confrontos encontrados entre o espaço e doenças, os residentes do Munhuana.

O incontornável apoio moral da minha família, com especial destaque para o meu pai Carlos Fumo e para Akeelah, Halima, Dorcilia e Danilo, quando os delegava para tratarem de assuntos familiares que eram do meu interesse. Gratidão também vai para os meus amigos que aceitaram sem protestar as minhas ausências aos encontros previamente combinados: Aderito, Delcio, Elidio, Fidelio, Samo, Guezi, M. de Jesus, Etelvino e Valdemiro.

As pacientes críticas feitas pelo Efraime e Edson também vai o meu muito obrigado, que se estende a Marcia Manhique e Laurinda Sikota e outros colegas com os quais caminhei neste mestrado.

Resumo

Na presente dissertação reflito sobre percepções sobre o corpo e Malária a partir de vivências do Bairro da Munhuana, passou a ser campo de análise do cruzamento do corpo processo de saúde e doença e espaço. Esta reflexão insere-se numa abordagem construtivista que se funda nos pressupostos teóricos de que o corpo é uma construção social resguardado contra doenças em espaços inóspitos, como o caso da malária no bairro da Munhuana. A partir da noção do corpo socialmente construído, através de múltiplos elementos para o resguardo das doenças em ambientes inóspitos, olho para a crítica ao determinismo biológico e à sua visão reificadora que naturaliza o corpo e faço análise corpo-objecto, onde o corpo é também sujeito. Nesta dissertação o argumento central é que o corpo inserido em situações de inospitalidade, constrói socialmente mecanismos para sobreviver ao ambiente que está exposto, e para tal pode ser através da higiene nesse espaço e também dos recursos terapêuticos próprios do contexto, este corpo que é referido aqui é também subjectivo e é socialmente construído carregando consigo significados com incidência para a sua capacidade de integração a esses ambientes inóspitos. Através da pesquisa qualitativa como método de estudo, foi possível produzir dados que conduzem à compreensão da existência de múltiplas interpretações para o processo de resguardo do corpo a determinadas doenças.

Palavras-chave: Imaginário social, Corpo, Resguardo, Malária, Construção social do corpo

Abstract

This dissertation reflects on the perceptions around the human body and Malaria from people living in Munhuana neighborhood where fieldwork of interaction of the health, human body environments was. This reflection is part of a constructivist approach based on the theoretical assumptions that consider the body as a social construction protected against diseases in inhospitable environments, such as the case of Malaria. From the notion of the socially constructed body, through multiple elements for protection of diseases in inhospitable environments, I look at the critique of biological determinism and its reifying view that naturalizes the body and makes body-object analysis, where the body is also subject. In this dissertation the main point is that the body inserted in situations of inhospitality, socially constructs mechanisms to survive the environment that is exposed, and for that can be through hygiene in that space and also of the therapeutic resources proper to the context, the body is also subjective and is socially constructed carrying with it meanings with incidence for its capacity of integration to these inhospitable environments. Through qualitative research method, it was possible to produce data that lead to the understanding of the existence of multiple interpretations for the process of body protection to certain diseases.

Keywords: Social imaginary, Body, Shelter, Malaria, Social construction of the body

Índice

Declaração	ii
Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
1. Introdução.....	1
1.1 Contextualização temática.....	3
1.2 Porquê estudar corpo socializado a doenças?	10
2. Metodologia.....	15
2.1. Local e Contexto em que a Pesquisa se Realizou.....	15
2.2 Dados estatísticos sobre a Malária no bairro da Munhuana 2016/17.....	25
3. Corpo e Doenças em Espaços Inóspitos.....	27
3.1 Da abordagem simplista à complexa	28
3.2 O “Outro” no processo de socialização.....	35
3.3 Corpo em desarmonia social.....	41
3.4 O resguardo no inóspito.....	45
3.4.1 A negociação contra Malária.....	49
4. Imaginário social sobre o corpo	57
4.1 A Socialização ao ambiente inóspito	58
5. “E7 e E8” suas experiências na Munhuana.....	72
6. Considerações Finais	78
Referências	81

1. Introdução

O tema “Percepções sobre o Corpo e Malária a partir de Vivências do bairro da Munhuana, Cidade de Maputo”, onde busco analisar o corpo com base nos pressupostos do construtivismo social sobre doenças, em que escolhi a malária no bairro da Munhuana.

O corpo em análise nesta dissertação é aquele que é percebido como capaz de socializar-se em determinados contextos, que se encontra perante à factos naturais e sociais adversos à sua existência, e que o leva a ser sujeito activo para enfrentar as adversidades existentes nesse contexto. Esta percepção, parte da ideia de que esse corpo é socialmente construído, para se formatar ao contexto a que está inserido.

A ideia de existência de um corpo socialmente construído para se adequar a um determinado ambiente é o cerne da discussão que apresento neste trabalho, em que diversas perspectivas mostram a existência de discussões que tendem a naturalizar o corpo, o que pressupõe que este seja objecto, mas que por este ser social é sujeito perante a situação que está exposto, não importando as adversidades políticas, sociais, económicas ou ambientais que possam surgir.

Os debates académicos sobre corpo, saúde e doença abrem espaço para o entendimento da pertinência sobre a construção do imaginário social do corpo. Esta construção é alvo de uma análise complexa e dinâmica, que emerge tanto na Sociologia assim como na Antropologia, sendo que a abordagem fenomenológica de Merleau-Ponty (2015), com a discussão dualista cartesiana da separação corpo - mente, foi crucial para análise do construtivismo social de Synnott (1992) e Berger & Luckman (2003), que trouxeram a percepção do corpo ser tanto biológico como social.

O principal objectivo desta dissertação é analisar o corpo como produto da socialização, revestido de significação social e em permanente diálogo com as características naturalizadas que o apresentam como campo físico, sobre o qual é biomedicinalmente manipulável em situações de doença, no qual elegi a malária no bairro da Munhuana como local pesquisa.

Baseado em concepções antropológicas que socializam o corpo, problematizo a visão naturalista que a torna objecto alvo da natureza, somente, de intervenção científica positivista, trazendo as práticas locais para a compreensão de matérias, que conectam a subjectividade a objectividade no

tratamento de doenças que o podem afectar em diferentes contextos, com destaque para os espaços considerados inóspitos.

O argumento central é que o imaginário que se constrói sobre o corpo em situações de inospitalidade, pode socialmente levar a que este se reinvente no espaço e sobreviva a realidade que lhe é exposto, a partir dos vários processos que o homem assimila, que vão desde a higiene, nesse espaço, à recursos terapêuticos desse contexto, em que se acredita que a disciplina que é adstrita a esse corpo é essencial para o seu resguardo.

Na primeira parte desta dissertação, coloco o bloco introdutório, que é composto pela contextualização da pesquisa, a que adiciono a informação do porquê me ter desafiado a estudar questões do corpo, espaço inóspito e doença (malária). No segundo, coloco em foco os aspectos metodológicos que incidem na pesquisa qualitativa, com a observação estruturada como método acoplado a entrevista como técnica.

O terceiro bloco, de forma mais analítica, artículo os dados com a literatura que ininterruptamente li, para produzir as bases teóricas desta pesquisa. O quarto, é correspondente à apresentação de dados que colectei durante os quase quatro meses de pesquisa, em que conversei com algumas pessoas na Munhuana e que me narraram as suas experiências naquele local.

No quinto, que antecede as minhas considerações finais, coloco o testemunho de dois entrevistados, que foram essenciais para o meu entendimento do campo, que foi o lugar que materializou este trabalho. Por fim, nas considerações finais, mostro que no campo foi possível notar que as pessoas construíram crenças que dão a entender que, por cima das suas práticas higiénicas, perante a inospitalidade do local e pela sua propensão à picada do *anopheles*, os seus corpos estão habituados ao mosquito que lá existe, por isso não lhes infecta.

1.1 Contextualização temática

No contexto do estudo do corpo em situações inóspitas ou adversas, parto da presença em alguns lugares considerados em condições de vulnerabilidade social, económica e ambiental, por parte dos seus residentes e das estruturas municipais. Portanto, o bairro Indígena da Munhuana, como foi cognominado no tempo colonial e que analiso nesta pesquisa, é exemplo disso. Nesse âmbito, foi objecto de reportagem do Jornal Notícias de 20 de Junho de 2016, como “*Bairro da Munhuana: Saneamento do meio inquieta os moradores*”, por ser um lugar onde, para os moradores com os quais conversei e os que também foram entrevistados pelo Jornal Notícias, afirmaram existirem condições inóspitas ou adversas aos padrões de boa saúde.

O problema de saneamento foi também reportado no discurso do presidente do conselho municipal da cidade de Maputo, David Simango, no Jornal electrónico “A Verdade”, de 9 de Abril de 2010, em que referia ser antigo e que desde a independência apoquentava os bairros da Munhuana e Mafalala, onde as valas existentes para drenagem de águas são também as que transportam lixo e resíduos sólidos atirados pelos moradores, tornando assim estes locais inóspitos.

A inospitalidade a que me refiro presume-se que afecta directamente o corpo humano, incidindo para as questões de saúde, com possibilidade de propagação de enfermidades próprias para lugares ambientalmente expostos a doenças como: as diarreias, cólera e malária.

O corpo humano que é o objecto onde recaem doenças possíveis de serem contraídas nessa inospitalidade, também é objecto de construção social da realidade em análise sócio-antropológica, sobre o qual a convivência nesse é debatida e explicável através de análises sociais, com intuito de entender como se cria espaços de convivência e sobrevivência perante estas.

Neste capítulo, faz-se a contextualização temática e mostra-se a pertinência de analisar o corpo como constructo social, em situações de saúde e doença, que assume um debate antropológico. Este debate é alavancado pelas concepções que foram adstritas ao corpo dentro da abordagem constructivista, em que é representado como constructo social em equilíbrio com o físico para compreensão e administração terapêuticas com base na interacção entre o social e o físico.

A selecção de assuntos que compõem a temática, que se entrevê nas discussões de corpo, saúde e doença, foi resultado dos diversos debates consolidados na cadeira da “Antropologia da Saúde” e doença e, também, na cadeira de “Subjectividade e Terapia”, que trouxeram uma nova forma de analisar o corpo em situações de doenças. Esse debate, a nível da Antropologia, traz ao de cima questões culturais e subjectivas de como se representa a doença e os processos terapêuticos em sua volta, sem descurar dos processos preventivos relativos a malária.

Neste contexto, ao seleccionar o material para discussão literária, que acabou por acontecer antes e depois do campo, acompanhado por minhas decisões e indecisões sobre as diversas formas de abordar assuntos do corpo, saúde e doença em determinados contextos, conduziu-me a debater e olhar estes assuntos de forma multifacetada.

O debate que condicionou a minha revisão da literatura, levou-me a recorrer à ferramentas e assuntos debatidos em Antropologia da Saúde, permitindo construir uma ponte entre diversas realidades de doenças e contextos de pobreza, que foram debatidos no artigo de Hausmann Muela & Ribeira (2011), no qual mostravam que lugares mais propensos a eclosão da Malária eram, simultaneamente, os mais pobres e onde os seus habitantes são na maioria vulneráveis.

Situações de experiências subjectivas também alicerçam o debate da revisão da literatura, o que me fez pegar para análise as experiências subjectivas dos indivíduos em situações de aflicção, causadas por uma determinada enfermidade. Olhar para subjectividade nos tratamentos de doenças colocou-me a possibilidade de olhar para o corpo como lugar de experiências individuais, conducentes à análise do significado que os indivíduos dão a sua relação com espaço de vivência e a doença.

Neste diapasão, ao encontrar obras que em alguns contextos, tratam da malária, como entre os Yaos do Malawi em que se pensa que a presença da doença podia relacionar-se com a zanga dos espíritos, mas também a ausência de saúde física e social (Launiala & Honkasolo, 2010: 399), levou-me a procurar obras que me fizessem discutir o assunto com uma visão abrangente, mostrando que a presença de doença podem ser analisadas tanto pelos cientistas sociais como pelos cientistas naturais.

Sendo assim, tornava-se importante deixar que os aspectos e factos observáveis no campo tivessem voz na produção de dados, e não os captar a partir do que esperava encontrar no campo. Esta mudança de atitude foi difícil e levou o seu tempo, pois, cada obra mostrava-me a forma complexa como podia olhar para realidade e o como redefinir os objectivos e a perspectiva que iria direccionar a pesquisa no campo.

Desta forma, depois de tomar a direcção necessária de forma exequível e estar a ler obras de caris sócio-anropológico, tornou-se necessário delimitar o campo de pesquisa, embora de forma ampla, posto que dentro do distrito Nhlamankulu fiquei com o bairro da Munhuana, mais conhecido por bairro Indígena, onde acabei por realizar a recolha de dados numa perspectiva etnográfica com a observação semi-estruturada.

No campo, experienciei adversidades sobre o problema de pesquisa, discussões teóricas e a realidade no terreno, em que se destaca a forma livre como os entrevistados responderam aos questionamentos feitos sobre a sua relação com o corpo, o espaço e questões de doenças, como é o caso da malária. Portanto, durante as conversas foram frequentemente reavivados assuntos do passado, com principal referência a episódios de doenças, malária ou diarreias, na família e existência de possíveis focos no local de sua vivência.

A forma como se encara as doenças em vários contextos, incluindo o da Munhuana, tem relação intrínseca com a forma como se cuida do corpo individual, assim como do grupo a que se faz parte, que se reflecte na capacidade de se criar espaço para que o parasita não penetre o corpo, assim como não atinja o grupo. Esta forma de lidar com o corpo em situações propensas às infecções é vista no debate teórico, que apresento no texto, associado a situações sociais, culturais, ambientais, económicas e políticas.

Na intenção de analisar, como o corpo se comporta sociobiologicamente é preciso perceber a concepção do corpo que foi, até os princípios da década 1970, objecto de estudo só das ciências naturais, impregnadas na teoria positivista, o que abria campo para análise do corpo como objecto, sobre o qual Merleau-Ponty (2015: 115), filósofo fenomenólogo, coloca como máquina manipulável fisicamente pela qual se descarta a subjectividade que o compõe.

Neste contexto, o corpo passa a ser contextualizado como objecto físico, sem acção sobre os factos e experiências que ocorrem no meio em que vive. Este pensamento é contrariado pelas várias abordagens discutidas pelas ciências sociais e humanas, que ao contrário do positivismo, consideram o corpo sendo sujeito de acções, e que é activo perante os fenómenos sociais, com capacidade de contribuir para o estudo sobre estes assuntos.

O olhar para o corpo, aliado ao contexto em que se constroem as crenças do seu resguardo e sua modelagem não deverá pressupor, em nenhum momento, a exclusão das diversas abordagens que possam, na Antropologia, ser discutidas em paralelo com este; tal é o caso da existência de factores sócio-culturais que se versam nas práticas tradicionais e costumes que afectam o ambiente e que são conducentes ao melhor cuidado de saúde, que possam levar a sobreviver a contextos adversos ou inóspitos.

O corpo, naturalizado era pensado como objecto e não como produto do social, carrega consigo experiências e vive emoções, reproduz em vários âmbitos de doenças, nos quais se sobrevive ou morre-se, consoante o contexto. A sociedade ou grupos sociais constroem crenças de que o corpo é capaz de se reconstruir socialmente, o que na linguagem de Foucault é corpo “modelo”, que possa sobreviver a diversas realidades.

Analisar a desconstrução da ideia Foucaultiana de corpo como matéria política, feita por autores como Csordas (1990), Armstrong (1994), Merleau-Ponty (2015), mostra que o suporte social científico não poderia contribuir para compreensão deste como matéria, de maneira que o último autor propôs novas abordagens para as ciências sociais, que desconstróem aquela velha forma positivista e constroem uma nova abordagem dualista (biológico ao social) para a sua compreensão.

Essa conexão cria espaço para se discutir e se apresentar argumentos práticos, com base em experiência etnográfica sobre as crenças de que o corpo pode ser socialmente construído e adaptar-se a determinadas situações ambientais, económicas, políticas e culturais. No entanto, as percepções locais sobre a concepção do corpo social, como produto das relações sócio-culturais compõem a sua representação no âmbito antropológico.

A malária, como doença que condiciona as questões sociais, em Moçambique, está listada como sendo uma das doenças mais mortíferas, conjuntamente com o HIV-SIDA e tuberculose. A malária,

em estudos feitos no país, tanto nos anos passados, por Macete (2001), assim como nos últimos anos, por Arroz (2015), é classificada como o maior problema de saúde pública e teve a tendência de aumentar a taxa de propagação, nas zonas rurais e nas áreas semi-urbanas, onde é local de habitação de cerca de 73% da população moçambicana.

No mesmo diapasão, é possível ver que a propagação desta doença é escalonada entre os 30% - 60%, para aquilo que são os dados sobre a epidemia ou padrão de endemicidade do país, Arroz (2015), em que a província e cidade de Maputo têm os menores índices de infecção pela malária, na ordem de 4.8% e 2.5% respectivamente, e com Nampula e Zambézia com 42.2% e 55.2% respectivamente.

No contexto de saúde e doença, com incidência para malária que é o meu campo de estudo, as experiências sobre as quais o corpo é sujeito, transformam a forma como olha-se para a doença, do simples problema epidemiológico onde se empurra para as ciências sociais a preocupação com o melhor condicionamento das populações, a nível habitacional e ambiental e que tem como principal mecanismo de actuação, em vários contextos, a preocupação em como mitigar a evolução da doença.

No entanto, neste processo há um componente que fica de lado, a necessidade de compreender as principais práticas de saúde entre determinadas sociedades e a concepção que se tem dos cuidados que se deve ter para evitar infecções. Com base nisto, pode-se analisar como os indivíduos, com base em crenças sobre corpo e espaço, adoptam seu modo de estar perante determinadas doenças?

O campo biomédico, que é visto como o de saber hegemónico quando se trata de saúde e doenças em que durante muito tempo foi considerado repulsiva às práticas culturais que envolviam os rituais de cura em contexto por si desconhecido, mas com o fortalecimento da Antropologia da saúde e doença, passou a se pressupor o relativismo concernente a matéria (Langdon, 2009, citado por Santos & et al 2012).

Este passo criou campo para que diversos sistemas médicos fossem analisados como construções sócio-culturais e que passassem a ser remetidos aos estudos das ciências sociais e, que passavam também a analisar os diversos sistemas médicos, como campos capazes de providenciar saberes

médicos reconhecidos como eficientes para diversos grupos sociais em contextos próprios (Follér 2004).

As experiências das pessoas ou dos corpos que perspiram em lugares propensos a doenças fazem parte do debate social sobre as diversas formas que se pressupõe apoiarem-se para se manterem saudáveis, ou mesmo como estes reproduzem a ideia de como evitar ser picado pelo mosquito *anopheles*, causador da malária.

O percurso para que os residentes de espaços propensos a doenças precisam para sobreviver nestes contextos são de conhecimento de alguns membros dessas comunidades, onde cabe a esses partilharem e usarem esses processos terapêuticos para o bem do grupo. A partilha desses processos terapêuticos pode levar a que conhecimentos locais contribuam para mitigação de doenças, em locais de difícil acesso aos serviços biomédico.

No entanto, os conhecimentos epidemiológicos aliados aos estudos de saúde pública passaram a olhar conjuntamente para diversos factores que estão aliados ao corpo e espaços, como sócio-culturais, económicos e políticos, externos aos indivíduos, mas que possam influir na busca de novas formas de lidar com doenças passíveis de serem contraídas nestes ambientes propensos a doenças.

Para discutir esta matéria, irei explorar a dimensão social das crenças e práticas, que possam reproduzir a ideia de construção social de um corpo capaz de estar resguardado à malária, que podia ser contextualizado na fabricação de corpos que foi abordado tanto por Foucault (1987), Csordas (1994) e Bourdieu (2002) no que se refere à transformação social a que estes são remetidos. Esta transformação social, que possibilita o resguardo do corpo, pode remeter a olhar para o combate à doença capaz de incidir tanto no físico como no social.

Os caminhos que levam a referida socialização do corpo são múltiplos, sendo que esses podem ser por participação de factores físico-culturais, mudança de regime ambiental, excesso de *stress*, submissão a contextos inóspitos a boa saúde e as construções imaginárias de determinado tipo de corpo desejado. Este “corpo disciplinado”, na linguagem Foucaultiana, e socializado à determinado contexto, também pode influenciar no estilo de vida dos indivíduos, assim como a forma de conceber a vida pode influenciar nessa disciplina.

A socialização do corpo a determinados contextos, com finalidade de obstar determinadas doenças, que afectam física e socialmente, através ou não de processos clínicos, faz-me olhar para doença como construção sócio-cultural, que está aliada a experiências vivenciadas, tomando em conta que se trata de um processo ricamente subjectivo, sobre o qual a sociedade é a estrutura básica, (Costa & Gualda, 2010: 926). Portanto, fica claro que a existência do corpo individual é concebida como parte do corpo social e que a sua compreensão é enquadrada no entendimento dos diversos factores sócio-culturais, que incluem crença, significado e percepção do corpo em saúde e doença.

Essas crenças, significados e percepção têm certo potencial, quando se olha para a compreensão e cura de doenças na sociedade, onde é preciso que se compreendam a base médica local para a eficácia terapêutica, principalmente em contextos que são vistos como de pobreza, com populações vulneráveis económica e politicamente onde estes recorrem a vários recursos terapêuticos, não só pelo conhecimento que têm desses, mas também pela facilidade e proximidade que têm.

A existência de doenças consideradas problemas de saúde pública, como malária, cólera e tuberculose têm sido “geolocalizáveis”¹. Para o caso de Moçambique, pessoas que vivem em espaços categorizados como propensos à contracção dessas doenças, socializam-se nestes espaços, que induz a construir crenças de que, consubstancializadas a outros factores, os seus corpos podem construir mecanismos de resguardo a essas enfermidades, o que reduz os possíveis níveis de infecções. Portanto, no centro do problema, a maior questão que norteou o desenvolvimento da pesquisa foi: *Como é que se constroem socialmente as crenças no corpo resguardado da malária e o convívio com espaços propensos á doenças?*

Para dar seguimento a discussão deste problema de pesquisa foi necessário seguir os seguintes tópicos importantes: primeiro, entender que noções os meus entrevistados tinham do corpo, qual seria a palavra que lhes vinha para se referir ao corpo em contexto de doença, esta foi respondida de forma que tive que usar o que compreendi para redigir o que se estaria a dizer.

Em segundo foi necessário trabalhar para entender como é que os moradores da Munhuana concebem o estar doente, para poder perceber a partir daí, qual é a imagem que se constrói do corpo

¹ Geolocalizáveis - por serem pensados como sendo endémico em determinados espaços geográfico, com maior incidência em regiões tropicais como se referem a malária Hausmann-Muela & Ribeira 2011.

saudável e doente, que é crucial para compreender a perspectiva pela qual estes projectam o corpo enfermo ou saudável.

No terceiro plano através de conversas, em que foi possível ouvir os principais sintomas que meus entrevistados conhecem da malária para fazer uma analogia com o que eles diziam para se referir a um determinado comportamento corporal perante as doenças que no passado se faziam sentir no bairro, para compreender como superaram as referidas doenças.

Por último, o questionar como se preveniam da malária foi importante porque foi possível, através desta, entender que estes recorrem também a plantas medicinais, em caso de enfermidade. Assim, percebi que conheciam outros para além dos da biomedicina e o quinto teve que ver com a relação que os residentes têm com aquele espaço e como aquele lugar que pela sua característica ecológica parece propenso à contracção de doenças, como é que conseguiam viver ali sem contraírem frequentemente doenças.

1.2 Porquê estudar corpo socializado a doenças?

O estudo parte da necessidade de analisar o corpo como produto da socialização, revestido de significação social e em permanente diálogo com as características físico-biológicas naturalizadas. Dentro das várias discussões teóricas e dos dados colhidos em conversas e entrevistas, abriu-se espaço para se compreender a forma como os indivíduos representam o seu corpo em contexto de doença e conhecer os mecanismos que concorrem para a crença de que as pessoas podem desenvolver a capacidade de resguardar-se da malária, em seus corpos.

A discussão que condicionou a pesquisa feita a partir do material literário e conversas no campo mostra que as representações sobre a malária são múltiplas na Munhuana, sendo que são, para alguns, associadas às condições ambientais e higiene (saneamento), para os outros a condições económicas (pobreza ou não de algumas famílias) e aos factores de ordem sócio-religiosa. Portanto, foi pertinente, durante a pesquisa, conhecer as práticas que contribuem para idealização de um corpo construído socialmente para se defender do parasita *anopheles*, causador da malária.

A escolha em tratar da malária dentro das discussões das ciências sociais e humanas vem do período 2004-2007, durante a minha licenciatura em História. Na disciplina de História social da medicina

e meio ambiente, na qual o maior foco de discussão foram as doenças tropicais, em que se deu maior relevo à discussão sobre malária no contexto africano, e em especial moçambicano, sob perspectiva histórica, em que se debatia o percurso da doença aliado ao desconhecimento de África nos primórdios da colonização e a tentativa colonial de medicalizar os corpos dos africanos com objectivo de, através da medicina, civiliza-los.

Nesta pesquisa, que se procura analisar a construção que é feita sobre o corpo resguardado de doenças, com incidência para malária, pretendo unir a abordagem construtivista dos fenómenos sociais, com o interesse que tive em pesquisar assuntos de saúde e doenças com principal enfoque nesta doença desde 2009, ano em que me inscrevi em mestrado em epidemiologia e estatísticas de saúde, que tive de desistir por motivos alheios a academia.

Este interesse entrou em convergência com o facto de apesar desta doença ser antiga para o contexto moçambicano e, ainda, ser discutida como problema de saúde pública, ao mesmo nível das doenças que foram descobertas tardiamente, como o caso do HIV/SIDA, o que, por outro lado, me levou a achar pertinente manter o foco neste tema, para entender as peripécias que acompanham o tratamento que se dá a esta doença, o que a mantém problema de saúde pública.

No entanto, o facto da malária ser um problema conhecido há mais de um século, perdurar em Moçambique, como um dos principais problemas de saúde pública cria em mim uma indagação e por outro lado ao perceber a existência de factores ligados a práticas locais em torno da prevenção e combate a esta enfermidade suscitou-me ainda mais a vontade de perceber como é que essas práticas são socialmente construídas, principalmente, no que se refere a crenças no resguardo do corpo contra a mesma doença.

Na antropologia social, a discussão em torno das diversas doenças, foi em contextos como as questões de vulnerabilidade, políticas de saúde, percepções, pluralismo médico, traumas e dilemas de aflições, que me mostraram os caminhos como poderia tratar da malária em ciências sociais. No entanto, essa forma de tratar assuntos sociais de doenças, na perspectiva como o corpo e doenças são construídas, tornou-se relevante discuti-la e acoplada ao meu interesse pela malária e, através desta união, penso que o estudo abrirá espaço para reflexões sobre o corpo e doença.

Sendo as ciências sociais abrangentes, passaria por olhar para a oposição que esta tem com as ciências naturais. É neste contexto que o antropólogo americano Csordas (1994) diz que o corpo tem uma história, que contém fenómenos culturais e pode ser vista não como simples matéria de interesse físico e biológico, o que leva a pensar que no campo da saúde e doença, não se pode isolar o corpo, somente ao interesse biomédico que é apenas o físico. Portanto, tem que se ter em conta que este transcende para o social, como constructo e carrega significados sócio-culturais.

Nesta perspectiva, entendo que a construção do corpo começa com anatomia biológica e passa a ser também espaço de análise social o que reflecte o subjectivo, que sobre ele incidem os dilemas sócio-culturais, demográficos, de saúde, políticos e económicos, permitindo a partir dele estudar e entender a sociedade. Esse entendimento da sociedade possibilita conhecimento de processos de saúde e doença no contexto da construção do corpo.

O estudo do corpo face a doenças como a malária e as crenças que se constroem sobre possibilidade desse reagir, por si e sem precisar de ser medicalizado, poderá em algum estágio ajudar a explicar antropologicamente as crenças que determinados indivíduos chegam a construir socialmente, dentro da sua coabitação em certos espaços e ambientes. Será meu interesse estudar as práticas e crenças que norteiam as pessoas a pensarem que superam as dificuldades e evitam a contracção da doença.

A manutenção da directriz de pesquisa em questões de corpo, saúde e doença também foi influenciada pelos aspectos que o campo mostrou, entre o conhecimento e o desconhecimento que se tem da socialização do corpo, certamente, sabe-se como os seus corpos são afectados por doenças e agentes estranhos. Assim, o corpo afectado por doenças também se torna inerente à socialização, que levou a contextualização do local do estudo segundo o dilema ambiental e como este influi na vivência corporal dos indivíduos.

O conjunto de processos terapêuticos seguido por determinados grupos são importantes para entender como é que as pessoas colocavam em evidências diferentes padrões culturais para tratar corpo em questões de saúde e doença, onde a biomedicina diagnostica, através de laboratórios e os outros sistemas terapêuticos usam conhecimentos dos principais sintomas para aplicar determinada medicação e esperar que seja eficaz no controlo da enfermidade.

A pesquisa é estruturada em duas fases, em que a primeira foi a concepção do projecto durante o primeiro semestre do ano 2017, que foi um período em que seleccionei os assuntos cruciais ao tema, delimitação da problemática, definição dos objectivos, a exposição da revisão da literatura e o estabelecimento de balizas cronológicas do tempo, em que se faria o trabalho do campo e o restante processo de análise e tratamento de dados e, por fim, a redacção da presente dissertação.

A segunda fase foi o cumprimento do cronograma a que me havia disposto no primeiro semestre de 2017, que a partir de Agosto passei ao trabalho prático no campo que terminou em Novembro, em que no contacto com entrevistados, passei quase três meses e meio a visitar e a produzir informação, ao nível que levou a tomada de abordagem do campo em relação àquilo que era o projecto. Esta nova abordagem do campo, levou a ajustes metodológicos perante as dificuldades inerentes a todo este trabalho, conforme é possível ver na metodologia quando trato dos desafios e limitações do campo.

A delimitação da problemática, através da discussão literária, trata de assuntos relevantes para o meu tema, foi um caminho para localização dos principais autores que serviram de alicerce para a construção da revisão da literatura que a posterior foi discutida com dados do campo. A revisão de literatura e a pesquisa no campo faram a base para que percebesse da existência de várias possibilidades para discutir assuntos de corpo, espaço e doença, além do simples pensar que o viver em locais degradados ambientalmente ser a condição básica para contrair doenças.

Nesta condição, a composição teórica feita sobre o corpo, saúde e doença na revisão de literatura do projecto, tornou-se num processo contínuo que permeou a fase da análise e tratamento de dados, principalmente no que se refere à abordagem da malária em Moçambique, onde trabalhos que discutem esta doença no contexto local foram, por mim visitados, para perceber como iria consolidar a discussão pós-campo e visse a matéria de vários ângulos para o melhor aprofundar percepções rurais e urbanas da doença.

O maior exercício que fiz fora a análise do material usado, a identificação do que seria pertinente discutir nos assuntos que me propus a estudar nesta pesquisa, alicerçado pelas conversas do campo, pois, Sequeira (2016: 399) diz que sobre a propensão do corpo à doenças ou experiências sociais do corpo em Moçambique, existem informações sobre práticas subjectivas que colocam a possibilidade da infecção ser sinal de zanga de espíritos.

Essa forma de ver a doença depende do olhar de quem a analisa, muitas informações existentes sobre a malária mostraram que o melhor caminho para discutir o assunto é procurar entender as experiências e percepções locais em torno dela e como esta participa na construção social do corpo. Portanto, mesmo durante a análise e tratamento de dados, continuei com o desafio de fazer um debate que levasse a falar do corpo e da malária, em locais considerados propensos à doença.

O campo, embora caracterizado por momentos difíceis, trouxe a abertura para ver novas formas de olhar para os locais propensos e para forma como os meus entrevistados olham para aquele local, que, até certo ponto, é diferente da minha visão externa ao mesmo. Esta diferença, em relação à propensão fez-me reflectir e discutir com estes, sobre as atitudes que eles tomavam para condicionar o seu espaço de vivência perante a adversidade ambiental e caracterizada por valas que foram criadas como caminho de água, águas estagnadas e lixo nas sarjetas existentes.

Figura 1: Foto dos sistemas de escoamento de água na Munhuana



Fonte: Tirado durante o trabalho de campo que mostra o uso de cinza para reduzir propagação de doenças, 10/2017

2. Metodologia

Os aspectos metodológicos que se tomam em consideração são os da construção do projecto, todavia, existam novos e inerentes ao trabalho de campo, a qual se adicionaram transformações que ocorreram durante a realização do referido trabalho e novas ferramentas decorrentes da análise e discussão de dados. A forma como consolidaram-se os objectivos que se tornaram guia para o trabalho, a discussão literária e a reanálise da pertinência desta pesquisa, a forma aconteceu o levantamento de dados e a elaboração da dissertação são arroladas nesta secção.

A pesquisa, desde a sua projecção, foi concebida no método qualitativo para a qual se aplica a Antropologia. Esta adopção metodológica visa permitir aplicar os conhecimentos antropológicos para captar questões de percepções e crenças em saúde e doença. Conduzido por este método, foi possível captar as experiências de pessoas que vivem em condições propensas às doenças, o que possibilitou perceber como se constrói a sua vida e protecção do seu corpo contra malária naquele contexto.

Destarte, o campo como espaço físico e social serviu para a observação dos fenómenos que serviram de alceira para a produção escrita do que foram os resultados de pesquisa, pois através da forma como se lida com o lugar e de repelir as doenças que daí possam surgir. Isso tornou a pesquisa desafiadora, no sentido que cada ida ao campo era dinamizada pela forma de colocação de questões e como estas eram colocadas e reformuladas segundo a tendência da conversa e o perfil do entrevistado, o que influenciou a perspectiva e o andamento da pesquisa.

2.1. Local e Contexto pesquisa

Munhuana é um bairro histórico da capital moçambicana, Maputo, que se localiza no Distrito Municipal Ka-Nhlamankulu e surgiu segundo os anais da câmara municipal de Lourenço Marques de 1952, na década 1930 e 1940, como um bairro para albergar os indígenas que eram assimilados, pelo que, logo foi nomeado por “bairro Indígena da Munhuana” e depois da independência (1975) passou a ser bairro da Munhuana.

Este surgiu no contexto do plano do governador da colónia de Moçambique, com vista a resolver e reduzir os problemas de habitação e a construção de casas precárias, de caniço, nos redores da cidade, por indígenas que se tinham tornado uma força de trabalho importante e foi através do

diploma legislativo n° 616, de 1938 que o governo colonial encarregou a câmara municipal, de dar início a um plano de construção de casas que começou a ser implementado em 1940 (CMLM, 1952: 49).

Munhuana passou a localizar-se no entroncamento entre as avenidas de Angola e Joaquim Chissano, delimitado também pela Rua de Zambeze que separa este do bairro do Minkadjuine e a Rua Zundapi que o separa do bairro de Xiphamanine. Portanto, de um residente do bairro e filho de um antigo funcionário da câmara municipal de Lourenço Marques, tive informações que o dinheiro para construção daquelas casas foi produto do pagamento diferido dos salários dos mineiros moçambicanos na terra do “Rand” África do Sul. Mas consta dos anais municipais de 1952 que a proveniência dos fundos terá sido dos cofres do governo da colónia, co-financiado pelos Portos e Caminhos-de-ferro de Lourenço Marques.

Em oposição ao primeiro projecto de construção do bairro indígena de Xipamanine, que tinha sido extensivo aos profissionais de diversas áreas, o bairro indígena da Munhuana foi proposto pelos Portos e Caminhos-de-ferro de Lourenço Marques, para habitação dos seus funcionários e os da câmara municipal. Este foi condicionado de equipamentos sociais relevantes como maternidade indígena, escola, missão católica e posto policial, com toda a rede de saneamento de meio bem estruturada, em que a água e luz para moradores estavam a cargo da câmara municipal e as rendas eram estratificadas para 3 tipos de casa (Milheiro & Fiuza, 2012: 3).

Munhuana, que significa na língua ronga “terra salubre”, devido à terra considerada salgada que era característica daquele local. Segundo alguns moradores foi um nome atribuído anos depois da sua construção passando a ser chamado bairro indígena da Munhuana. No entanto, este bairro destacou-se em relação a outros bairros suburbanos, por ser objectivado para integração da população africana assimilada, na sociedade colonial, o que levou a construção de habitações proporcionais a esta classe (Milheiro & Fiuza, 2012).

Este espaço, Munhuana, serviu de modelo para aplicação do que foi visto como política de segregação racial urbana na cidade de Lourenço Marques (Milheiro & Fiuza, 2012), para os que ascendiam a categoria de assimilados, porém, estes tiveram de ser retirados devido a construção das casas em áreas baixas e pantanosas, o que se notou a quando do ciclone Claude de 8 de Janeiro

de 1966, levando, segundo Augusta², a despoletar a triste realidade deste bairro que fora criado para os assimilados.

O retorno ao bairro, em 1977, levou os moradores à procurarem ajuda das estruturas municipais, que culminou com a construção de sistemas de escoamento de água. Alguns moradores contam que a construção de valas na rua de Caniçado, da Manhiça, do Limpopo e Vila Luísa escoaram temporariamente as águas, mas o bairro voltou a ser inundável o que os obrigou a recorrerem a várias formas para proteger as suas casas, conforme disse António³.

Neste contexto, relatos históricos mostram que a construção dessas habitações obedeceu a determinado perfil, emancipatório e assimilacionista, com vista a diversificar os estratos sociais, onde os assimilados passaram para o bairro Indígena da Munhuana, que era de construções de alvenaria, sendo algumas cobertas de chapa e grande parte cobertas de placa de betão armado, enquanto a maior parte dos que ficaram no bairro Indígena do Xipamanine, com construções de madeira e zinco, estes eram considerados indígenas não assimilados.

A descolonização que levou a nacionalização das casas a favor do estado, procurou quebrar com este perfil emancipatório e assimilacionista, que visava à segregação racial e estatutária, que havia sido criada pelo regime colonial português, abriu campo para que a cidade fosse ocupada por várias pessoas, o que fez com o crescimento demográfico também afectasse o bairro Indígena da Munhuana. Uma das entrevistadas contou que, ela, actualmente, testemunha construção de edifícios de dois pisos no bairro, algo que não lhe parece que estivesse dentro do projecto real deste bairro.

As conversas e entrevistas foram feitas a 11 pessoas, como forma de assegurar o anonimato da identidade dos respondentes, estes serão, doravante, tratados por nomes fictícios José, António... e Sara, que são residentes locais na faixa etária dos 21 aos 77 anos de idade e que foi possível perceber como eles se descreviam naquele espaço, com incidência para as transformações que ocorreram e a relação que teve a nível de saneamento do meio e questões de saúde e doença.

² Augusta entrevistada a 01 de Setembro de 2017

³ António entrevistado a 09 de Agosto de 2017

Quadro 1: Perfil demográfico dos entrevistados

Designação do entrevistado	Estado Civil	Sexo	Faixa etária	Ocupação
José 07/08/2017	Casado	Masculino	77 anos	Aposentado
António 09/08/2017	Casado	Masculino	63 anos	Contínuo/ Guard
Tomé 18/08/2017	Solteiro	Masculino	22 anos	Mecânico
Elsa 23/08/2017	Casada	Feminino	25 anos	Doméstica
Augusta 31/08/2017	Viúva	Feminino	66 anos	Aposentada
Antónia 3/09/2017	Viúva	Feminino	60 anos	Cozinheira
Maria 06/07/2017	Casada	Feminino	50 anos	Comerciante
Mário 07/09/2017	Solteiro	Masculino	55 anos	Auxiliar/ Desc.
Rosa 18/09/2017	Solteira	Feminino	31 anos	Doméstica
Nilza 18/09/2017	Solteira	Feminino	29 anos	Estudante
Sara 29/08/2017	Solteira	Feminino	48 anos	Tec.Administrativa

Fonte: Dados da pesquisa

A consciência dos mais jovens, principalmente abaixo de 40 anos, fala do bairro como facilmente inundável pelas águas das chuvas, pelo lençol freático próximo e a presença de capim, secundado pela próxima foto. No entanto, no entender destes residentes, o bairro é um local livre do *anophele* provocador da malária, embora seja notável a existência de condições de incubação do mosquito, devido a situação do saneamento do meio deste.

É importante notar que 4 são de sexo masculino, dos quais 3 são chefes de famílias e 1 que tem 21 anos de idade é mecânico e membro de um agregado, as restantes 7 participantes são mulheres que assumem papel fundamental nas suas famílias como mães e esposas, que conjuntamente com outros membros das famílias procuram seguir todos os procedimentos para prevenirem os seus corpos das várias doenças que possam aparecer no tempo chuvoso, em que as águas inundam a zona, com destaque para malária.

Figura 2: Foto do sistema de saneamento do meio da Munhuana



Fonte: Jornal Notícias, 20 de Junho de 2016

O processo de recolha de dados também fez parte daquilo que foi a dinâmica de pesquisa, com recurso a observação estruturada que permitiu construir um elo entre o que o campo oferecia e aquilo que eu procurava. Todavia, sem deixar de observar outros factos notáveis no campo. Nesta fase, foi necessário olhar para todos os factos observáveis no terreno, desde a forma adoptada para viver naquele espaço, comportamento face ao meio ambiente, caso da higiene e a forma de tratar o lixo.

A minha presença no campo foi desde a segunda semana de Agosto de 2017 até Novembro, no qual a primeira pessoa com a qual tentei conversar ficou só na promessa de que conversaríamos no dia seguinte e, no dia a que se referia, contava outra história para adiar. Essa posição fez-me mudar de estratégia para iniciar conversa, além do habitual chegar saudar e passar logo a apresentar-me e detalhar o meu propósito, passei a cumprimentar e tentar perceber, consoante o ambiente, os interesses da pessoa para introduzir a conversa e assim a conversa fluía.

A viagem pelo campo de pesquisa foi caracterizada por momentos difíceis e momentos fáceis, no sentido de como era possível ter acesso aos entrevistados ou não, tendo em conta que cada pessoa que eu visitava tinha sua forma de ser. As primeiras conversas eram limitadas e as pessoas receavam da minha intenção aos visita-los, principalmente, porque um jovem batia a porta e com vontade de conversar sobre o quotidiano da família naquele ambiente.

Neste processo, foi necessário apurar empenhadamente tudo que me rodeava no campo, pese embora levasse comigo o bloco de notas, gravador e, por vezes, o telemóvel como dispositivo de gravação, nem sempre era possível usá-los mesmo com a permissão dos entrevistados para gravar, era obrigado a ouvir atentamente, observar muito bem a forma de fala do entrevistado e as suas atitudes para perceber se as minhas questões estavam a ser bem percebidas e se eram bem colocadas, de modo que as respostas não fossem tão lineares e pudessem provocar debate em torno de assuntos extras ao tema.

O maior interesse das pessoas era falar do seu dia-a-dia naquele espaço, sendo que o recurso a estágios de doença e processos terapêuticos fizeram parte dos momentos de conversas, principalmente quando eu questionava acerca de como eram os seus dias na época chuvosa e quais eram as doenças mais comuns naquele local. As respostas deixaram-me estupefacto, pois quase nenhum entrevistado colocou a malária como preocupação do bairro, mas colocaram doenças emergentes⁴, principalmente entre os idosos.

O importante das minhas primeiras conversas, ligado a ideias que havia construído do local, foi o conhecer a realidade e como as pessoas pensam ao estarem submersas a um determinado contexto, por mim desconhecido, ao qual eu pensava que viver em bairros com o solo como Munhuana⁵ era sinónimo de estar frequentemente propensos as doenças diarreicas, malária ou gripes. Portanto, o facto é que nos dias que observei o bairro e conversei, percebi que muitos já tinham construído a sua forma de viver ali e a infecção por malária não era preocupação e nas palavras de alguns residentes “*não há malária aqui*” e o “*mosquito daqui não provoca malária*”.

Ao olhar para as notas electrónicas de campo, por mim digitadas no computador diariamente, e a reconstituição do trabalho de campo diário, que ilustrava o dia-a-dia dos meus entrevistados, foi possível criar um fio condutor para produção escrita da análise de dados que se consolidaram na dissertação, tendo em conta todos os aspectos metodológicos para tal.

⁴ Refiro-me a doenças emergentes no contexto moçambicano as crónicas, mas não transmissíveis, como as diabetes, tensão arterial, gastrites e etc.

⁵ Conforme pode ver nas reportagens do jornal Notícias de 20 de Junho de 2016 e na edição do jornal Verdade electrónico, que mostra situação ambiental preocupante para o município da Maputo.

A redacção é a parte analítica e descritiva das experiências do quotidiano dos meus entrevistados, que liga a sua história à situação ambiental do bairro da Munhuana e a sua experiência com a malária, o que os levou a estarem em condições para falar da sua saúde e do seu agregado.

Experiência, esta, que foi fonte no processo de análise de dados, onde procurei agrupar e criar um campo de debate entre o que encontrei no campo e o que havia lido na minha discussão bibliográfica. Em que os dados de campo se tornaram base para reconstituição das experiências relatadas e dos momentos cruciais da pesquisa, por trazer a memória das observações e factos presenciados durante os quase três meses e meio de trabalho.

A discussão dos dados levou-me a reflectir sobre as discussões tidas na Antropologia da Saúde, com relevância a questões fundamentais do corpo, saúde e doença, onde era importante pensar como os entrevistados tratam os seus corpos em contextos propensos a doenças. Doenças, como a malária, são fontes de análise social e permitem entender a socialização do corpo na antropologia, capaz de construir conhecimentos sobre como o corpo é tratado no âmbito social.

O exercício que fiz durante a análise de dados, levou ao cruzamento do que ouvi, observei e vivi no campo na perspectiva dos diversos autores que serviram de base para produção da revisão da literatura. Durante a análise de dados, resultados do trabalho de campo que me possibilitaram pegar a discussão sobre os factos do campo para um aprofundamento do debate entre a literatura e o que os dados do campo produziram, construindo alicerces para solidificação de conhecimentos do que se escreveu sobre a malária em Moçambique.

O procedimento que usei para fazer o cruzamento levou à triangulação dos dados, que é um procedimento usado em trabalhos etnográficos, pois, a observação é sempre acompanhada pelas entrevistas e conversas informais. Sendo que todas as conversas partiram do informal para entrevistas semi-estruturadas, que criaram condições para que muitos factos usados nesse processo fossem úteis para dissertação.

O cruzamento desses dados obrigou a recordar-me dos detalhes mais sórdidos do campo, como a relação que as pessoas têm com aquele lugar que lhes leva a reconhecerem e concordarem com as autoridades que o “*saneamento ainda é um problema complicado*”, mas têm-no como lugar de eleição, por se localizar próximo do centro da cidade, para viver e sequer pensam na possibilidade

de mudar para os bairros novos. Estes dados foram importantes para olhar e discutir a importância da socialização num determinado espaço, para que as pessoas superassem as adversidades existentes naquele local.

À luz da teoria construtivista busquei discutir e escrever as múltiplas bases da construção de um corpo resguardado às doenças, que condicionado por diversos factores, como os sociais, económicos, políticos e culturais sobrevive em espaços considerados inóspitos a boa saúde. Estes factores, por seu turno, foram cruciais na análise de dados e redacção desta dissertação.

Esta análise foi importante para a redacção, que obedeceu ao uso de um critério rigoroso de verificação e reavaliação do objecto final, que é a dissertação do material analisado. Este processo dissertativo obedeceu à colocação das ideias do que foi triangulado, o que foi útil para compreender as dinâmicas de controlo da malária entre os residentes da Munhuana.

Os maiores desafios da pesquisa vêm de Fevereiro a Julho de 2017, que foi de produção de revisão literária sobre corpo, saúde e doença com ênfase para malária, principalmente na identificação do que seria pertinente discutir, pois, sobre a propensão do corpo a doenças ou experiências sociais do corpo em Moçambique existem informações subjectivas como, que dependem do olhar de quem as analisa.

Desta forma, sobre a malária existem muitas informações que possibilitam entender experiências, percepções locais e vivência dos que foram um dia assolados pela doença, desconectando-se do julgamento dos que raramente são assolados por esta enfermidade. Portanto, desafiei-me na revisão da bibliográfica a fazer uma análise que levasse a falar do corpo e da malária em locais considerados propensos à doença, mas que em alguns casos não são os mais assolados.

A entrada no terreno de pesquisas, por seu lado, também trouxe desafios metodológicos, pois, a minha presença no local da pesquisa suscitou indagação por parte dos residentes e que, de forma desconfiada, sempre que eu passasse, pelas ruas do Munhuana, notava que as pessoas prestavam atenção para a pessoa que todos os dias aparecia no bairro e visitava algumas casas conversando com os residentes. Portanto, essa indagação, sobre quem eu era, foi importante, pois, em algum momento, criava campo para conversar, posto que as pessoas também ficavam curiosas em questionar a minha presença.

O sentimento de incerteza de algum momento circundou a pesquisa, principalmente, em tempos em que era difícil encontrar pessoas que se disponibilizassem a conversar e deixar perceber a sua experiência e o seu dia-a-dia ali. Esta incerteza foi ultrapassada com o tempo, principalmente porque algumas pessoas habituaram-se a ver-me a circular e puxar conversa com alguns miúdos do bairro, como se nada fosse importante, embora essas conversas fossem necessárias para integração naquele ambiente que pouco conhecia, mas que era meu, 2 a 4 horas diárias por quase três meses.

A aproximação aos entrevistados levou o seu tempo, só na segunda semana é que as pessoas identificadas para conversar, mostravam-se de certa forma simpáticas, mas respondiam às perguntas com certas reservas e também não permitiam a minha fácil entrada em suas casas e, em alguns casos, sugerindo que primeiro eu tivesse que conversar com as autoridades locais (chefes dos quarteirões e o secretário do bairro) para que autorizassem a minha visita.

O caminho que me ajudou a ultrapassar as dificuldades acima descritas foi o encontro com uma minha ex-aluna residente do bairro desde nascença, que prometeu e passou a facilitar-me a entrada em casa de alguns entrevistados, permitindo assim a abertura e confiança dos residentes para comigo, o que me faz afirmar que a partir da terceira semana de pesquisa, começou a fluir, criando campo para que as conversas fossem com pessoas disponíveis e de forma calorosa.

Obstativo, uma semana depois, durante as visitas de observação no campo e aproveitando do auxílio da minha ex-aluna da Escola de Jornalismo, que passou a ser o meu contacto e a apresentar-me aos seus vizinhos, com os quais passei a conversar e a contarem-me muitas peripécias do bairro, principalmente as questões sociais com ênfase para situações que passam em tempos chuvosos.

Esse contacto imprimiu mais dinâmica no meu trabalho de campo, porque eu identificava o sítio para visitar e entrava em contacto com ela, que me apresentava as pessoas com quais conversava. A partir desse estágio, as conversas evoluíram e tornaram-se mais produtivas, pois, os meus entrevistados conversavam com uma pessoa já que lhes havia sido apresentada.

Então, os dias que se sucederam, com auxílio que tinha, tudo começou a normalizar-se devido à nova estratégia, embora dependente da abertura das pessoas para conversarem. Essa abertura, também passou a depender da forma como começavam essas conversas, onde os assuntos históricos

do bairro eram importantes quando se tratasse de pessoas idosas, e aos mais jovens a entrada era através das condições sanitárias para poder chegar a conversas sobre questões de saúde, vulnerabilidade e contágio por doenças ambientais.

O tipo de pesquisa que fiz teve a sua incidência metodológica qualitativa, em que foi possível entender como eles percebem a sua convivência com o local e que dimensões corporais dão às questões de saúde. O processo de recolha de dados levou adopção de princípios etnográficos, como método, que permitiu construir o elo entre o que o campo oferecia e as reflexões feitas durante a construção do projecto de pesquisa.

A adopção do método etnográfico levou a conversas e entrevistas semi-estruturadas, nas quais privilegiei encontros individuais, de modo a que tivessem espaço para conversas livres e abertas. Dentro deste processo foi necessário, olhar para questão da reflexividade, descrita por Madden (2010), para que esta se torne metodologicamente produtiva, abrindo espaço para que o pesquisador conviva e gere as diferenças entre o *emic* e o *etic*⁶ ou si e os seus pesquisados, porque a forma como se concebe a realidade varia segundo o contexto em que os indivíduos se encontram e cada sociedade cria os seus significados para fenómenos diversos.

Nos primeiros dias da recolha de dados, transporta comigo um bloco de notas, esferográfica, gravador e o telemóvel para auxiliar o gravador. Material, esse, que foi de extrema importância, porque ajudou a mentalizar as questões básicas do meu guião de entrevista e a transformá-lo de modo a adequar-se ao contexto de pesquisa, até a interpretação das questões preparadas para tal. Portanto, com o tempo o guião de perguntas tornou-se alternativa, pois, as conversas eram conduzidas de forma livre, mas sem sair do contexto de investigação.

Para o armazenamento e a transcrição de dados, usei um caderno de campo electrónico, sugerido pelo supervisor, foi uma ferramenta importante, visto que, ao fim de cada jornada de trabalho de campo, chegava a casa depois de reflectir sobre o dia e o que aconteceu, sentava em frente ao computador e produzia as notas de campo electrónico, em que escrevia o que observei no campo e

⁶ Estas expressões dão referência ao *Emic* que representa a posição e a palavra do entrevistado ou do grupo que em estudo, enquanto para *Etic* a posição do pesquisador está no centro da questão.

as minhas reflexões resultantes do trabalho de campo com vista à análise posterior na produção da dissertação.

O resultado da pesquisa é produto do que foi observado e colhido durante as conversas que tive no campo, os meus entrevistados tiveram espaço para participar na pesquisa, assim como para não participar, através do pedido oral e a explicação dos objectivos da minha pesquisa, onde antes de aprofundar com a conversa, questionava-lhes se podiam ou não participar. Portanto, os dados apresentados descritiva e analiticamente, neste trabalho são frutos do tempo de interacção e do contexto que o campo ofereceu às minhas observações.

2.2 Estatística sobre a Malária no bairro da Munhuana 2016/17⁷

O posto de saúde mais próximo do bairro da Munhuana localiza-se a menos de 200 metros da entrada pela rua do Zundap, precisamente na avenida Joaquim Chissano, e que tem sido visto como principal centro de atendimento aos pacientes provenientes da Munhuana que padecem de diversas enfermidades.

A visita feita aos arquivos de dados sobre a malária mostram, claramente, que este bairro tem tido baixos registos de pacientes padecendo de Malária, a nível do Nhlamankulu. Os dados dos serviços de saúde colocam Munhuana, como o bairro que tem registado menos pacientes em relação aos outros bairros do mesmo distrito, no qual se pode dever a vários factores, sendo o principal a menor extensão deste em relação aos outros, que têm tido maior número de pacientes, embora seja este o terceiro que apresenta maiores problemas de saneamento do meio.

A senhora Sara acrescentou ainda que questões como acesso e oportunidade ao atendimento fácil nos centros de saúde também influenciam, pois, por um lado, acredita que por existirem mais três centros de saúde no distrito, que são Chamanculo, Alto Mãe, e José Macamo, podem ser locais preferidos por alguns pacientes e, por outro lado, a possibilidade de serem próximos dos seus postos de trabalho.

⁷ Dados em brutos e não analisados, obtidos através da Direcção Distrital de Saúde.

No entanto, as senhoras Augusta, Antónia⁸ e Elsa⁹ dizem que a zona não é assolada pela malária, embora existam casos isolados da doença e que o facto de se estar neste ambiente aparentemente inóspito não é condição linear para se ficar doente. Portanto, o importante é que cada uma delas recorre a determinadas formas para proteger o seu corpo, com recurso aos diversos sistemas preventivos contra a doença.

Esta idealização de escassez de casos de malária no bairro também é justificável na representação em valores numéricos, na tabela que produzi com base em dados primários de tabelas recolhidas no centro saúde mais próximo pela Direcção Distrital de Saúde Nhamankulo. Nesta, o número de pacientes provenientes do bairro da Munhana é o menor em relação aos outros no mesmo distrito, o que o torna menos representativo em relação a estes.

Tabela 1: Proporção de casos de Malária por mês entre 2016 -2017, no Ka-Nhlanankulo

Mês Bairros	Agost.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun	Jul	Agost.
Minkadjuine	08	03	10	04	03	19	25	02	03	07	09	08	04
Munhuana	00	01	04	01	03	10	09	05	03	05	10	08	06
Xipamanine	02	08	06	16	20	23	48	12	12	19	11	09	15
Chamanculo	14	22	17	24	18	44	38	18	21	34	20	15	25

Fonte: Direcção Distrital de Saúde

As estatísticas de malária, indicadas na tabela, mostram que o menor número de infectados pela doença provém daquele bairro, referente ao período Agosto de 2016 e Agosto de 2017, que embora seja uma representação clara dos que recorrem ao centro de saúde mais proximo, os que não recorrem a este centro ou têm recursos terapêuticos alternativos não são abrangidos por esta.

⁸ Antónia entrevistada a 3 de Setembro de 2017

⁹ Elsa entrevistada a 23 de Agosto de 2017

3. Corpo e Doenças em Espaços Inóspitos

Durante a primeira caminhada pelo campo, ainda indeciso sobre a melhor abordagem para o assunto, fui reflectindo sobre a melhor forma de rever o debate que propus no projecto de pesquisa. Assim, neste tópicoo procurei escrever com a entrada de poucas discussões novas, principalmente locais e de pesquisas feitas sobre malária em Moçambique para o qual procurei colocar nas discussões sobre a construção do corpo em espaços inóspitos.

O corpo que é percebido como social, em espaços propensos a contracção de doenças que considero que inóspito, é objecto da minha análise para qual se constroi formas de vida que levam a que este imerso a este espaço sobrevive. No entanto, para discutir esta secção parto do corpo, doença espaços inóspitos referentes às condições encontradas no lugar em que se vivem adversidades, patentes no ambiente.

Assim, através destas discussões foi possível estabelecer uma interacção, já existente, entre o corpo e doença (malária), esta última acontece em determinados contextos. Assim, por sua vez, discuto-os como construção social e as experiências vividas pelo indivíduo que procura resguardar-se contra doenças que o afligem. Mediante, o entendimento do corpo, doença e o inóspito é que se pode compreender como é que o homem em sociedade consegue resistir à infecção por doenças às quais está exposto no seu quotidiano.

Pensar na construção do corpo torna a análise alvo de uma análise complexa e dinâmica, que imerge tanto na Sociologia assim como na Antropologia, que a abordagem fenomenológica de Merleau-Ponty (2015), com a discussão dualista cartesiana da separação corpo-mente, foi crucial para análise do construtivismo social de Synnott (1992) e Berger & Luckman (2003), trouxeram a percepção de este ser tanto biológico como social.

No contexto dessa discussão, que procura consciencializar que o corpo é biológico como social, o tratar da malária, para consolidação da minha discussão faz parte das diversas abordagens com as quais cruzei desde a história social da medicina e meio ambiente até a experiências de processo de saúde nas disciplinas da Antropologia da Saúde e Doença e Subjectividade e Terapias, onde como foco de discussão elegi para analisar experiências patentes no processo de construção social do corpo.

Conquanto, a partir de leituras feitas a Merleau-Ponty (2015), que fenomenologicamente analisa a influência que a dimensão dualista cartesiana trouxe com a tendência naturalista do corpo, uma nova abordagem discutível também em psicanálise, que é não possibilidade de análise pensar o corpo separado da mente. Esta abordagem, também, trouxe antropologia à concepção do corpo uno-dimensional, em que a sua socialização se tornou campo de debate.

Portanto, estes pressupostos fenomenológicos, que não são o campo teórico basilar da minha análise nesta dissertação influenciaram a forma como o construtivismo, que foi a base teórica através do qual discuti o corpo num contexto de saúde perante o inóspito, onde o corpo social, não matéria física é extramente controverso e total (Synnott 1992: 101).

Neste capítulo, de discussão bibliográfica, sobre o qual certos aspectos trazidos do campo também são enunciados, será dividido em algumas partes relevantes, que vão desde a discussão do corpo como constructo social, doenças nesse processo de construção, à relevância do espaço no processo de socialização do corpo e como o seu resguardo em situações propensas a malária é determinante para perceber como o homem supera as dificuldades que o espaço lhe remete.

3.1 Da abordagem simplista à complexa do corpo

O corpo na abordagem social “complexa” e mais abrangente em relação a “simples” física é discutido em vários contextos, em que a construção social do mesmo remete à análise de escritos de Foucault (1987), em “vigiar e punir”, onde este mostra que o corpo deve ser entendido como criado, inventado ou fabricado, sobre a qual se pode partir de pressupostos da sua existência física e ser transposta para o social, o que cria espaço para melhor compreensão do corpo sujeito de análise social.

Esta forma de trazer o corpo para discussão extra-biológica remete à visão de Bourdieu (2002), que discute o corpo como constructo social e socializável a realidade do ser humano. Ao tratar do corpo como construção social, Bourdieu procura olhar para a sua objectividade, o que acaba dando à realidade sexuada como base de estudo, puxando através do sexo corpo biológico para o mundo social.

No entanto, a forma simplista de pensar o corpo é aquele que, extremamente, o naturaliza a mero objecto não capaz de participar nas transformações sociais, que ocorram sobre si conforme pensado por Mauss (2001) que considera que o pensamento simplista tira o significado que sujeito tem. Por conseguinte, o pensamento complexo sobre o corpo, discorra-se que este seja analisado cultura, socio e politicamente (Synnott 1992: 80).

No que se refere ao corpo, no mundo social, Bourdieu (2002) acrescenta que o programa social é abrangente a campos multifacetados, no qual o corpo como realidade biológica abriu espaço para que este passasse a ser visto como um campo forte e adequável para construção de novas identidades pessoais que para Giddens (1992), citado pelo Almeida (1996:3), abre espaço à construção de identidade e de preservação histórica das experiências e assunção de diversidades culturais ou recontextualização de locais de tendências globais.

O processo pelo qual o corpo passou em doença faz parte da história e experiência de transformações que levam à construção social e identitária desse corpo, com relevância aos novos posicionamentos que se tomam perante este, que Maria¹⁰ relatou ao falar da sua experiência familiar com a malária e que faz parte da sua história, onde o que não desapare da sua cabeça, foi o facto da sua filha por pouco ter contraído uma deficiência como resultado da doença.

Perante este facto é possível entender que o contexto em que ocorre uma determinada experiência, é crucial na realização do indivíduo socialmente, onde a transformação corporal por causa de uma enfermidade é base para integração da família na situação social da pessoa que se encontra em processo terapêutico. Com isto a superação social da enfermidade na família é elemento de harmonia social que é usado para ser referir ao estado saudável, contrário ao corpo em desarmonia social referido por Lock & Scheper-Hughes, (1996).

A partir desta forma de pensar, o corpo assume-se como acepção dupla (biológica e social), o qual é realidade biológica, mas objecto investido de significações sociais e culturais como fundamento principal para identidade do sujeito (Giglio-Jacquemot 1998: 115), que dão espaço para olhar para apresentação da identidade do sujeito através das experiências que tiver passado. Essa forma de

¹⁰ Maria entrevistada a 06 de Setembro de 2017

olhar o corpo abre maior campo para que o social seja analisado em funcionalidade categórica com o biológico e, também, olhar para a inscrição de crenças que actuam sobre o corpo em sociedade.

As crenças construídas em sociedade, durante o processo de reflexão sobre o que ouvi no campo, fez-me olhar para a forma de pensar, que pode ter reflexo na realidade do contexto em que vivem naquele local, o tratamento que é dado ao lixo, a limpeza que um dos meus entrevistados considerou existirem no bairro e que se acrescem as crenças na prevenção com base em algumas plantas; também promovem a apresentação de nova forma identitária com a qual os residentes de um determinado espaço se identificam.

A capacidade de recontextualização de locais de tendências globais pode expedir ao pensamento que a discussão sobre o corpo, ciclicamente, remete à concepção comum deste, e que é preciso ter atenção, segundo o antropólogo americano Turner, (1994) para dois defeitos das abordagens comuns do corpo, que é a ignorância ou não reconhecimento da natureza social do corpo. Tais defeitos levariam a olhar para o corpo somente no campo físico que em alguns processos é o suporte da Biomedicina.

O corpo entre os meus entrevistados, não é explicável na mesma concepção que é abordada por vários autores, mas sim segundo aquilo que para eles se revela a formatação mais real que assenta nas experiências por qual passa, em que a dor que o organismo sente fisicamente é usada para se referir ao corpo, assim como a referência que se dá ao corpo para expressar que alguma má experiência social e económica a pessoa poderia estar a passar.

Discussão, essa, que passou também pelo debate dualista cartesiano da separação da mente e do corpo, que para as antropólogas Lock & Scheper-Hughes (1996: 47-48), é enriquecedora para biomedicina e para as ciências sociais e naturais, onde a maior concepção mecanicista do corpo e a suas funções são concebidas como falhadas perante o estado psico-somático do indivíduo. Esta forma de pensar leva a olhar para o recurso aos conhecimentos biomédicos, considerando-os eficazes e que nenhum outro recurso terapêutico é reconhecido.

No entanto, o surgimento da antropologia médica que se confronta com a existente intervenção clínica, traz uma nova abordagem para questões de corpo e doença, pois, olha para a dimensão humana e a experiência da doença e sofrimento numa perspectiva integrada que não separa o físico

do social (Lock & Scheper-Hughes, 1996: 47), através do qual o construtivismo passa a se apoiar para socialização do corpo, e para compreensão dos processos de doenças que o afectam.

A perspectiva acima referida leva a uma nova discussão das diversas doenças que vão afectar o corpo em diversos contextos, com a incidência para as que mais afectam as regiões mais pobres que levaram a sua análise de forma globalizada, com maior tendência para conhecimentos terapêuticos provenientes dos países ricos.

O caminho mais importante para evitar olhar para o corpo na abordagem simplista, que considera o corpo um mero objecto, convida-se a olhar para as formas como cada sociedade lida com este, segundo suas experiências com diversos fenómenos como doença, que se terá passado, como foi possível compreender durante algumas conversas no campo, em que foi possível perceber a existência de alguma terapia que não faz parte do sistema biomédico de tratamento de doenças, sobre o qual o uso de plantas é o principal recurso.

Este recurso a sistemas terapêuticos locais ou considerados pelo colonialismo retrógrados sofreu uma tentativa de desconstrução, para acomodar a construção de um novo sistema de saberes médicos que viria a se tornar o mais falado e propagado, mas que na verdade não desestruturaram por completo os saberes locais. Estes saberes terapêuticos continuam a ser usados e partilhados entre alguns moradores da Munhuana, como foi possível saber de alguns residentes daquele local.

Honwana (2002: 208), num olhar para corpo na doença, diz que a falta de saúde é também indicativo de anormalidade e desequilíbrio que vai do físico ao social, o que representa uma dimensão mais ampla relativamente ao conceito biomédico. Baseado nestas palavras mostra que o corpo com boa saúde é expresso pela harmonia entre o corpo físico e o social que leva a ser tratado de forma mais ampla que a simples, que vem do simples conceito biomédico que dá primazia ao físico.

O corpo em ciências sociais tem uma abrangência maior, através da qual tem uma história e contém fenómenos culturais, o que mostra de maneira simples que transcende ao comum domínio biológico para o qual as ciências naturais nos remetem (Csordas 1994: 4). Esta abordagem de Csordas do comum domínio biológico torna-se complementar a Turner (1995), a Bourdieu (2002), Giddens

(1992), no que se refere à participação do corpo em actividades humanas como agente de transformação social.

O estudo antropológico sobre o corpo, em discussão da teoria de Foucault do biopoder (remetente ao controlo corporal), a sua construção revela-se em relações de poder, sendo este também o campo privilegiado do facto social e, por isso, transformando-se, construindo e reconstruindo sempre o que os factos sociais o desejarem (Coelho e Leal 2015: 157); Csordas (1990: 5), Seguindo os estudos antropológicos, parte-se do “*postulado de que o corpo não é um objecto para ser estudado em relação à cultura, mas deve ser antes considerado como sujeito de cultura*”, o qual remete à abordagem construtivista para discuti-lo.

Ao considerar o corpo sujeito da cultura, remete a olhar para o seu habitat social que, em certos casos, leva a que indivíduos em relação social condicionem-se a determinados hábitos sócio-culturais para acomodar os seus desejos para num determinado espaço, onde se constrói um corpo social e físico capaz de adequar-se ao lugar e que faz parte do âmbito cultural do corpo. Este, por seu lado, é influente na inscrição dos significados culturais que acompanham os seus titulares.

A relação que se encontra do corpo como sujeito cultural, também pode ser encontrada no problema que atingia a metafísica ocidental da busca da oposição entre o corpo e cultura, que então essa distinção na ordem social é irrelevante pelo que seguindo as concepções de Durkheim o “*homem é dual*”, pelo que este é socializado (Lock, 1992: 135). Esta forma de classificar o corpo dentro da ideia deste ser social, cultural e ter história traz valor acrescido a existência de dimensões corporais duplas que é o físico e social.

A distinção físico-social, não é possível ser explorada no caso do meu local de estudo, pois, a abordagem culturalista urbana desse local não se desconecta de todo aparato ideológico africano, e em especial o moçambicano em que na visão de Honwana (2002), não se pensa na divisão corporal, mas sim num corpo pensado como uno e indivisível, onde os actos sociais e físicos correspondem ao mesmo espectro. A qual é adstrito determinados valores que codificam a forma de viver e pensar a experiência que o corpo atravessa.

A construção do corpo não reflecte apenas o valor cultural, mas também tem abrangência da subcultura específica do indivíduo, onde este pode ser concebido segundo a percepção de cada

indivíduo e como o corpo é tratado por este (Synnott 1992: 105). Todavia, este significa imensas coisas para indivíduos diferentes em esferas diferentes, com suportes específicos para cada um deles e com âmbito social próprio, que se torna relevante para discutir o corpo em questões de saúde e doença.

Na forma mais simples e socializável, analisando a questão do corpo em saúde, Lock & Schepers-Hughes (1996: 45), mostram a sua posição em relação a este discurso e consideram que em saúde, o corpo é analisável como “dual” porque oferece um modelo de integridade orgânica, mas em doença oferece um modelo de desarmonia social, conflito e desintegração contudo na sociedade os dois em conjunto oferecem um modelo que nos leva a entender o corpo e inseri-lo no debate construtivista da realidade social.

O que leva a aspirar que dentro da abordagem construtivista onde se inserem os diversos fenómenos sociais, é possível perceber que estes são debatidos e analisados dentro de pressupostos de que a construção imite a imagem do real sobre um panorama teórico, social, aberto e enriquecedor, que tornou esta na moeda comum e valiosa do pós-modernismo (Hacking 1999: 2). Devido a isso, o corpo como elemento biológico quanto social também se tornou passível de ser debatido como constructo social e passei a contextualizar de forma a entender as experiências de corpos em situações afeitas a contracção de doenças.

A construção social da realidade, sem contrariar, para Berger & Luckman (2003: 42), pressupõe a tentativa de representação imaginária da realidade da vida quotidiana, que é um campo problemático dentro do que não é problemático, por poder assumir múltiplas realidades. Assumindo-se que a problemática do corpo que é construído socialmente, implicará perceber que todos os processos relacionados ao conhecimento da sua realidade podem ser estudados em consonância com as práticas das quais se têm noção.

No âmbito dos fenómenos e interesses sociais que abrangem o corpo, diversas disciplinas são chamadas a discutir as imaginações construídas sobre o corpo e que através de espaços como Munhuana, se tornam campo de partilha de interesses e conhecimentos sobre estes corpos em espaços considerados inóspitos e degradados, mas que os residentes destes cultivaram formas de sobreviver a essa degradação.

No entanto, a abordagem social discutível e sobre o qual me apoiei foi do Synnott (1992), que ao discutir a construção social do corpo, olha para imensidão de significados e de sentido que são dados ao corpo, que varia também de uma sociedade para outra e que no campo de estudo também não se dá um significado tangível, cada pessoa tem a sua forma de olhar e estar quando se trata de pensar no corpo. Todavia, no meio dessas discussões, há consenso na dificuldade para separar o corpo entidade biológica do social, principalmente o ter que lidar com experiências em saúde.

Desta forma, a tentativa de construção do corpo obedece a significados e binómios sociais e culturais que embora, por ser pertença de um sujeito, que é parte integrante da sociedade e segue formatos desejados e aceites por esta para se ter o corpo perfeito. Assim, nem sempre o corpo pode ser trabalhado para obedecer à perfeição exigida pela sociedade, por exemplo, o corpo que é formatado por presença duma determinada doença, não é o objecto físico-social que o homem possa desejar e, no entanto, o espaço social torna campo para busca da superação.

Sendo assim, há que ver que depois de visitar o campo é possível notar que essa construção social do corpo que obedece ao dinamismo da acção humana, no que concerne à saúde e doença, através de processos terapêuticos diversos, que este, de certa maneira, se comporta como passivo assim como activo, e quando medicalizado o corpo mostra-se activo em relação ao passivo, embora o principal meio de socialização induza a pensar na pouca medicalização biomédica recorrendo, com maior frequência, a “terapias tradicionais” e de conhecimento partilhado em certos grupos sociais.

Ao escrever sobre o assunto, o antropólogo e sociólogo Mauss citado por Almeida (1996: 4), no mesmo campo da construção social do corpo, terá argumentado que este é ao mesmo tempo a *“ferramenta original com que os humanos moldam o seu mundo e a substância original a partir da qual o mundo humano é moldado”*, e que para que estes processos se complementem as experiências por quais esse corpo passa são fulcrais.

Giddens (1991), num olhar mais cauteloso diz que falar da *self* reflexiva, associa-o à ideia de que o *“corpo pode ser moldado na sociedade moderna de modo a exprimir as narrativas auto-reflexivas”*, que precisamente não implicará na mudança do tipo de corpo, mas a sujeição a novas capacidades e aptidões capazes de o resguardarem das doenças, que está propenso em certos contextos.

Ferramenta, esta, mostra que o corpo ao ser construído há uma interacção com o contexto, em que a doença acontece e o processo de construção do corpo que leva a que esse seja submetido a um longo processo de gestão na qual é possível tornar o corpo resguardado a certas doenças como foi possível ver, em alguns casos, durante a pesquisa que muitas pessoas viviam na inospitalidade e em contrapartida não se infectavam pela malária, embora existindo o mosquito, mas que justificam por diversas formas a sua situação que é de ter o corpo resguardado.

A interacção na qual me envolvi no campo assenta-se na experiência que os residentes contaram, que tem a ver com os mecanismos que socialmente usam para construir um corpo adequado e capaz de sobreviver aos problemas de saneamento do meio que apoquentam este local. Ferramentas socialmente encontráveis neste local e que tem a ver com os hábitos higiénicos que são considerados rotineiros, o uso de plantas e seus derivados como produtos de beberagem ou insecticidas caseiros, mas também os insecticidas produzidos quimicamente e redes mosquiteiras.

3.2 O “Outro” no processo de socialização.

Ao pensar no processo de socialização do corpo, busco a forma como o africano no processo de construção do corpo foi tratado, considerado “outro” no processo imperialista e colonialista europeu, expressão que constrói após olhar a doença, a medicina e a colonização trazidas por Comaroff (1993), aliado a identidade e alteridade que traz a noção que se constrói do estranho referido na pesquisa Evans-Pritchard no *Azande* que se reconhecia a única coisa estranha lá (Goldeman 2006:163).

Na perspectiva histórica-antropológica é preciso entender que análises sobre o corpo, doença e espaço levam a entender o processo que acompanhou mudança de perspectiva em relação a sua socialização, num contexto em que a biomedicina ou as ciências naturais haviam assumido direcção nestas matérias. A ser que para tal, implicou também a socialização da medicina que passa a ser incluída nas discussões sociais,

O debate sócio-antropológico sobre o corpo, no contexto de saúde e doença, começou a ser discutido pela crítica dos cientistas sociais da década 1970, ao refutar a medicalização geral e o controlo social que a medicina tinha sobre o corpo, baseado nas experiências de doença (Herzlich,

2004: 385). Foi trazida uma abordagem na qual o corpo passava a ser objecto social, este processo é aliado a experiências de doenças levando à socialização do corpo.

A experiência adquirida pelo corpo faz-me crer nos relatos que ouvi de algumas pessoas que vivem na Munhuana, os mais antigos, principalmente, dizem assim como a senhora Maria, que algumas doenças como a malária e cólera, no passado estiveram presentes naquele contexto, mas o trabalho de socialização com o espaço através de cuidados de higiene ajudou a ultrapassar e superar a fase que faz com que há mais de vinte anos não seja comum falar dessas doenças.

Esta forma de ver o contexto da doença no corpo leva a construir a crença de um corpo dotado de poder, que se socializa a novas capacidades de sobrevivência no inóspito, que por passar por um determinado processo de socialização crê-se ser moldado a adequar-se a determinadas realidades, nas quais podem ser, para o que foi descrito por Foucault (1987), socialização concebida na existência dos corpos doces e que se contextualizam por serem passivos ou maleáveis e por outro lado os brutos, que se acredita não aceitem essa tentativa de moldagem (Armstrong, 2001: 21).

O corpo, em Foucault, só se torna dotado de poder quando, ao mesmo tempo, for corpo produtivo e corpo submisso, conforme descreve:

A modelagem do corpo é um lugar de conhecimento do indivíduo, o aprendizado das técnicas induz a modos de comportamento e aquisição de aptidões; se mistura com a fixação das relações de poder; formam-se bons agricultores vigorosos e hábeis; nesse mesmo trabalho, desde que tecnicamente controlado fabricam-se indivíduos submissos, e constitui-se sobre eles um saber em que se pode confiar. Duplo efeito dessa técnica disciplinar é exercido sobre os corpos: uma “alma” a conhecer e uma sujeição a manter. (Foucault, 1987: 244).

Ao tornar-se submisso, não implica que o corpo descrito por Foucault esteja sem acção. Este pode, mesmo assim, estar implicado na ordem física, na qual passará a exercer pressão sobre o produtivo (Armstrong, 2001).

Por conseguinte, em determinados contextos, acredita-se que o corpo entra em actividade ao construir barreiras protectoras perante um ambiente inóspito para o qual for necessário uma auto-

protecção. Esta barreira protetora que se acredita existir pressupõe, em algum momento, pensar naquilo que foi dito no campo que com a quantidade de mosquito que lá existe “*talvez os nossos organismos já se habituaram*”¹¹.

Esta forma de pensar mostra existir crenças de que o corpo desenvolve novas aptidões no processo da sua construção, podendo manter uma determinada forma exógena ou endógena pelo tempo que for mantido em determinado ambiente e contexto sócio-cultural, e por aí construir-se a crença de que se for induzido a outro ambiente pode ganhar outra aptidão ou sofrer certas distorções que o novo espaço mimoseia.

A noção de distorção¹² da saúde foi frequente em algumas conversas que tive, foi relatada com frequência para se referir aos casos que se deram nos seus agregados, mas resultante de processos de migrações temporárias para outros contextos, de onde alguém terá voltado com infecção pela Malária, sem ter certeza se esta infecção é local ou do sítio de visita, mas preferem trata-la como lugar de infecção.

Por conseguinte, para que o corpo ganhe estas novas aptidões e se habitue a determinado contexto, é preciso que seja politicamente correto, capaz de vencer as adversidades ambientais e que possa sofrer distorção grotesca da anatomia humana, pelo que lhe é imposto à cultura como disciplina que providencia códigos e roteiros sociais que se acreditam serem fundamentais para a domesticação do corpo humano em conformidade com a necessidade da ordem social e política Foucault (1979) citado por (Lock & Scheper-Hughes, 1996).

A submissão dos corpos descrita por Foucault (1987), para conceber o corpo politicamente correcto, remete olhar para submissão que seria também um mergulho num campo político, que está numa complexa rede de relações que abrange também o económico, social e cultural. Esta, por seu turno, é carregada de significação corporal da memória social, que para sul-africana Camaroff (1985) citada por Almeida (1996: 6), procura realçar mudanças na ordem social e política, mas que incide na mudança no “*esquema mnemónico inscrito em uma forma física*”.

¹¹ Maria entrevistada a 06 de Setembro de 2017

¹² Noção de distorção – Que é também, trazido por Geertz, C. (1998), para ensombrar o que é correcto no sere humano, pelo que é incapaz e diferente entre os homens.

A mudança da ordem social e política que afecta o discurso sobre o corpo, é afectada pelas transformações do quotidiano dos indivíduos, onde suas experiências sociais e políticas encontram-se e não se distanciam das suas questões culturais. Sendo que tal corpo sofre transformações culturais que participam na sua história e sua experiência, o que leva a que o corpo que esteja em processo de fortificação e manutenção de uma vida saudável, no seu âmbito cultural recorra ao uso de plantas medicinais ou processos não reconhecidos pelo biomédico.

Este recurso a aspectos médicos culturalmente aceites num determinado grupo social, em certos discursos é visto como pluralismo médico ou medicina alternativa, como em Rodrigues (2010), é categoricamente conhecimento não alternativo para determinado grupo por fazer parte do seu contexto de cuidados do corpo, em que a identidade é também base cultural para aceitar ou reconhecer como primário ou não determinado mecanismo de cura.

Referindo-se ao corpo e doença Honwana (2002: 96) coloca a existência da interdependência espírito-corpo para o alívio da doença, que é próprio da realidade africana e em particular moçambicana, é contrária a distinção prevista no dualismo cartesiano que concebe o corpo e a mente como entidades independentes e autónomas, tornando-os processos subjectivos entendíveis de forma una.

Esses processos se forem pensados como subjectivos, dentro do contexto transformativo¹³ Munhuana é considerado normativo, visto que, o corpo faz parte daquilo que é o social onde físico não é pensado, mas é sentido e compartilhado através de narrativas, doravante, em alguns momentos as situações sociais que são experienciadas sejam ditas como se fossem também sentidas no corpo e relatados culturalmente no contexto de dor.

Consequentemente, as transformações culturais do corpo, no contexto contemporâneo, para Csordas (1994: 3) são concebidas não apenas em termos de cultura de consumo e essencialismo biológico, este último privilegiado pela biomedicina, mas na ambiguidade auto-reflexiva da racionalidade humana. No entanto, é importante realçar que o corpo pode ser construído como um

¹³ Transformativo – Porque actualmente Munhuana actualmente não obedece o pensamento positivista e evolucionista da sua criação.

fenómeno cultural ao mesmo nível que é concebido como biológico, tornando-se num corpo múltiplo entre o físico e o social (Csordas, 1994: 5).

A socialização do corpo pressupõe que este tenha história e experiências relevantes pelas quais é submetido e serve de campo para construção de nova forma corporal, que pode começar pela medicação do corpo, (Coelho e Leal, 2015). Um corpo já medicado contra malária, que não seja por resistência a tratamentos, pode levar a construir-se a imagem de um corpo imunizado pelo tratamento feito e que leva a que pessoas acreditem que dificilmente no mesmo ambiente pode ser reinfectado pela malária e pressupondo que, este, já esteja disciplinado para repelir a doença.

Na história em saúde e doença, encaixa-se também períodos, em que a expansão europeia foi relevante para consolidação de teorias evolucionistas, pela percepção que o colonialismo europeu procurou transmitir sobre uma África sem nenhum conhecimento. Nesse raciocínio, Comaroff (1993: 305) sustenta que a abordagem europeia para África visava o controlo do tratamento da população através da introdução de processos de cura baseados na visão ocidental europeia.

A forma de tratar o corpo do africano nessa tentativa de o civilizar pressupôs um contínuo desconhecimento daquilo que são as plantas e da gastronomia típica da sua cultura e do que é terapêutica a saúde do ser humano. No contexto de pesquisa, uma Antónia¹⁴, relatou que existem plantas que conhecia, mas desconhecidos no contexto biomédico, as quais já teria usado para combater e prevenir o corpo de determinados males estares que são comuns em determinadas épocas do ano.

A época do ano a que ela se refere, coincide com a chuvosa, que é aquela que há presença de águas e poças de chuvas resultante de excesso de águas, que provém de outros bairros arredores, por este se encontrar numa área baixa em relação aos outros, o que a princípio devia ser considerado como propícia para o surto de várias epidemias neste bairro, o que segundo seus moradores dificilmente acontece.

Em caso de doenças, produto de problemas sanitários, a procura de cuidados contra estas leva a pensar na experiência destes residentes, que condiciona-os para que dentro dos seus padrões sociais

¹⁴ Antónia entrevistada a 03 de Setembro de 2017

olhem para esses cuidados como multifacetados, em que o social, cultural, económico e políticos se cruzam, obrigando assim o uso de mecanismos mais comuns como os repelentes inseticidas e as redes mosquiteiras vendidas ou disponibilizadas gratuitamente pelas autoridades de saúde.

Essa culturalização do corpo¹⁵ que o torna motivo de debate das ciências propõe a possibilidade das pessoas pensarem no seu corpo e no “outro”. Mesmo que de forma imperceptível pode levar a pensar na dor, não a física, criada por problemas externos ou corporais, que afecta a existência do homem onde o social passa a reflectir-se no físico, o que obriga a se assumir posição única perante ao contexto. Em que com os meus entrevistados, foi possível perceber que as suas dores físicas se representam como sociais e emergem para soluções sociais, assim como os problemas sociais são somatizados.

No referente a tendências terapêuticas, no contexto da Munhuana, é possível encontrar pluralismo terapêutico, que passa pela combinação do biomédico e uso de plantas conhecidas pelos residentes. Portanto, no passado, esta capacidade de lidar com o corpo, doença dos e os processos de cura proveniente do “imperialismo humano¹⁶” europeu serviu também de alibi para colonização, pelo qual se associava o negro com a degradação, doença e contágio; acoplada a necessidade de o civilizar e à necessidade do controlo sanitário dos africanos (Comaroff, 1993: 306).

A forma de tratar o africano passou por não reconhecer as práticas de cura desses e levou, em especial, a necessidade de conhecer o povo que seria explorado através da pesquisa dos seus corpos que se tornaria em objecto de análise e inscrição de novas práticas culturais que serviam de modelo de exploração dos africanos por parte dos europeus.

O processo de construção social do corpo face à doença Csordas (1994:3), considerando que o corpo (se constrói) através das experiências de doença, dor, curas religiosas e práticas etnográficas, que envolvem este campo, levou a certo interesse por parte de cientistas sociais. Esse interesse em Antropologia terá levado à transformação do corpo que deixava de colocar o corpo só como uma preocupação biológica e passava a ser, também, interesse das ciências sociais.

¹⁵ Culturalização do corpo – Reinhardt (2014) Aqui refere-se a obtenção e submissão do corpo a determinado meio em que progressivamente se integra.

¹⁶ Imperialismo humano – A que se refere no processo de expansão imperialista, o comportamento e tendências de expansão da civilização europeia num carris evolucionista.

A construção social do corpo, em alguns contextos, remetia ao “outro”, o que se esperava desse e como o seu corpo tinha que ser apresentado à sociedade. No contexto de saúde e doença, o corpo tinha que ser encarado a nível biomédico, com interesse em o medicar. Portanto, esse processo de medicalização, que levou a construção social do corpo do “outro” foi essencial para afirmação evolucionista europeia, através da procura de definição do corpo social do africano.

O “outro”, diferente do europeu, é reconhecido no estudo de Comaroff (1993: 308) tendo seus processos de medicalizar, construído o resguardo do corpo e combatendo determinadas doenças a partir do saber local. A forma de construção social do corpo remetia à disciplina do corpo descrita por Foucault (1999), em que este passava a ser induzido a uma forma de estar por agentes externos à sua vontade, formando um corpo disciplinado no contexto da realização de mínimo gesto e que compadeceria com a realidade do espaço a que estaria imerso.

Certos espaços de vivência passaram a ser acreditados como aqueles que constituíam um veículo de construção social do corpo, onde os corpos passavam a conviver com os aspectos climáticos; vencer as barreiras de diversas naturezas tornava-se numa forma de disciplina pela qual o corpo passou, as diversas experiências como doenças, condições sanitárias e dificuldades ambientais, poderiam servir de meio de disciplina do corpo.

3.3 Corpo em desarmonia social

Na construção social do corpo, processos de saúde e doença fazem parte deste, pois, a tentativa de obtenção de um corpo que obedece à vontade, não só física dos indivíduos, mas também social, está assente nas experiências dos indivíduos e das suas relações com o ambiente de vivência. As relações entre o espaço de coabitação e o sujeito, sugerem-se importantes para analisar questões fundamentais de saúde e doença.

Sendo assim, no processo de entendimento do corpo na saúde e doença, mostra que os corpos são os que expressam no seu quotidiano os reflexos da desarmonia social, sendo que para tal a experiência social da doença enfatiza o relacionamento entre a ideia de doença e a expressão, percepção, entendimento e resposta a doença a nível individual, institucional e *societal* (Barker, 2010: 148).

Dentro do contexto social, é necessário perceber que a representação do corpo na doença, oferece um modelo de desarmonia social, conflito e desintegração, e que, assim, a saúde e doença na sociedade oferecem reciprocamente modelos para o entendimento das relações sociais e políticas da doença (Lock & Scheper-Hughes, 1996:42). Este corpo é afectado pelas diversas relações sociais que conduzem a pensar que a doença como modelo do seu entendimento, é reflectida na forma como esta afecta e acaba fazendo parte dessas relações e pela preocupação para entendê-la.

A experiência que o corpo vive quando se encontra doente é resumida no que o antropólogo francês Marc Augé (1984, citado por Herzlich, 2004: 384) refere quando diz que, “*o grande paradoxo da experiência da doença é que ela é tanto a mais individual quanto a mais social das coisas*”. Deste modo, não se pressupõe que seja pensada fora do contexto social, no qual se dá à família a responsabilidade de cuidar da saúde dos seus membros.

Desta forma, este corpo que é referido vive experiências, que transportam as questões físicas para sociais, tornando os acontecimentos que o rodeiam. A doença é a forma mais clara em que o corpo passa a ser social, por submeter toda a família e as pessoas mais próximas a tomarem atenção do corpo que se encontra enfermo, o que torna a doença uma experiência vivida por todos, para além do afectado.

Armstrong (1995), no que se refere ao corpo em medicina, faz crítica a Foucault, nos seus escritos sobre vigilância médica, esta era transformada não só em experiência com a doença e atenção com o corpo transcendia os diversos campos até a percepção da identidade, na qual passa e se expressar diversas formas de estar do corpo Marc Augé (1984 citado por Herzlich, 2004: 385). Essas formas podem ser resultado de expressões construídas para manter a identidade corporal não permeável em determinados contextos.

A gestão de processos de doença nas famílias, principalmente quando se trata da malária leva a socialização ao espaço, pode ser pela tentativa de protecção contra a doença através de insecticidas, limpezas nas ruas e uso de plantas medicinais, ainda mostra uma participação económica e social no processo de socialização a que o corpo é submetido. Portanto, o corpo representado para as comunidades é aquele que não é possível ser discutido fora dos processos sociais das suas vidas conforme Honwana (2002), onde é representado pelo físico e social.

Por assim dizer, essa gestão de processos de saúde e doença, mesmo no contexto moçambicano, transporta-se o corpo a combinar recursos cognitivos de carácter pluralíssimo da cultura em que está inserido, que acabam conjugando com factores sócio-culturais e económicos, onde as explicações biomédicas são combinadas com outras formas de conhecimento, (Rodrigues, C. 2010:1).

Combinação similar a de Rodrigues encontrámos em Munhuana, onde certos entrevistados mostram ser frequente o recurso a fitoterapia, para tratar do seu corpo quando enfermo, sendo que este recurso terapêutico não comum para a esfera biomédica, pelo que me foi explicado no campo, não obedece a uma lógica testável, como acontece com os fármacos receitáveis na biomedicina.

O estudo da saúde face ao corpo e à capacidade de se crer na construção social de um corpo eficaz e na autodefesa face a doenças como malária, HIV/SIDA, tuberculose e outras doenças emergentes, segundo Hausmann - Muela & Ribeira (2011: 106), por interconectar factores biológicos, sociais, económicos e ambientais. Sendo, para tal, necessária a busca por uma saúde estável ou construção de um corpo resguardado aos espaços fundamentais.

Dessarte, a década 70 de século 20 trouxe ao campo das doenças, um novo enquadramento, mais interpretativo da doença, suas narrativas e experiências (Herzlich, 2004: 390), onde se olha para doença fora do domínio individual e subjectivo, as experiências de sofrimento e dor passam a ser socializadas para o domínio público. A percepção da identidade tornou-se importante quando a experiência destes com doenças trouxe a interpretação do quotidiano do doente (Armstrong 1995).

Em Moçambique, a presença de doença no corpo apresenta um quadro socializável e de desarmonia socializável repleto de conhecimentos e práticas subjectivizadas, no qual se acredita que a presença da doença, como a malária, está relacionada ao não cumprimento das tradições, e que o melhor caminho para evitar a infecção passa por agradar aos espíritos dos antepassados, conquistando a sua protecção contra a feitiçaria, (Sequeira, 2016: 399).

Este modelo explanatório de interpretação da presença de doença na comunidade pode conduzir a construção de caminhos para lidar com o corpo de forma a torná-lo impermeável, por bactérias e parasitas capazes de provocar a doença físico-social, mas que afecta a experiência dos que estão

expostos a ela. Num contexto em que o lugar se torna num quadro social que serve de mecanismo para justificar a possibilidade da infecção ser ou não externa ao ambiente social de vivência.

Essas experiências estão ligadas as narrativas que encontramos patentes em contexto de pessoas que já estiveram próximas as doenças, como Maria e Mário que a primeira contou a sua experiência por ter cuidado dos seus, quando estavam convalescentes da malária, enquanto o segundo convalesceu da doença e junto à família tiveram de recorrer a serviços clínicos de emergência. Nas duas narrativas, o que existe de comum é a convergência do lugar físico onde se terá contraído a infecção.

O quadro socializável repleto de conhecimentos subjectivos, como alguns pontos do Moçambique, remete à diversificação da forma de lidar com o corpo em situação de doença ou ambiente adverso à boa saúde, no qual se constroem problemas e soluções localizáveis para que o corpo se resguarde das doenças. Estas soluções por seu lado remetem aplicação de processos desconhecidos ou não-globalizados, que não podem ser pensados como práticas subjectivas e objectivas locais, mas como conhecimento médico partilhado pelos que acreditam na sua eficiência.

É preciso prestar atenção à forma como a sociedade encara a doença no seu dia-a-dia e a interacção de uns com os outros dentro de um determinado contexto social (Libinga, 2011:11), incutir isso tudo no processo de aprendizagem, permite a descodificação das complexas relações existentes entre os indivíduos e o contexto social a que estão submersos. Essa descodificação vai implicar a descoberta da grelha de significados que são dados em determinadas situações de saúde e doença.

A grelha de significados que são dados a situações de saúde e doença, parte do significado que os indivíduos em comunidade dão ao processo todo de mau desempenho físico que é reflectido e pensado socialmente, que se inclui a vulnerabilidade e aflição da comunidade perante o caos que leva o corpo a esse mau desempenho, o que resulta na procura de soluções grupais para lidar com esse caos.

O viver em sociedade influencia directamente na forma como se tratam as doenças e os primeiros recursos terapêuticos, em situações de saúde e doença e as dificuldades inerentes a isto. O relacionamento entre indivíduos pertencentes a este contexto social ajuda a pensar como lidar com

os processos terapêuticos necessários, para o controlo de doenças como malária através das janelas sociais que pertencem a esse grupo social.

A questão social é relacionável à forma com a qual os actores sociais lidam com processos ligados a doenças e procuram conduzir os processos de prevenção e terapia no seu dia-a-dia, contemplando também a interacção entre os indivíduos num determinado contexto social (Libinga, 2011: 11). Os actores sociais fazem tudo com vista à prevenção e terapia eficaz que pressupõe a aceção do corpo, para tal dentro dos conjuntos dos processos políticos, económicos e sócio-culturais.

Todavia, o debate sobre a construção social do corpo e a sua interacção com a doença, mostra uma abordagem que é debatida em diversos contextos das ciências sociais, que ao trazer a necessidade de compreender a socialização do corpo, constituído por questões políticas, económicas, culturais e ambientais, como um caminho para explicar os processos pelos quais alguns acreditam que os corpos disciplinam-se, adequam-se e defendem-se dos agentes externos.

Agentes externos ao corpo podem ser, também, encontrados dentro daquilo que são considerados espaços inóspitos, por serem na ideia que é reproduzida por alguns residentes da Munhuana, que é propenso a eclosão de doenças tais como diarreias, malária, cólera e bilharziose. Essas doenças que se presumem ter espaço de vivência em bairro preocupantes a nível do saneamento do meio, o que me leva a pensar, nessa inospitalidade pode se tornar em ponto para construção do resguardo a doenças.

3.4 O resguardo no inóspito

Os corpos em determinados espaços, pelo ambiente aí encontrado, podem desenvolver doenças, também por existência de factores sócio-culturais que os tornam proporcionais à má qualidade de vida. Esses locais, pela sua inospitalidade, são a primeira impressão, incubadoras de bactérias causadoras de doenças.

No conseguinte, a experiência do corpo em locais ou ambientes inóspitos à boa saúde, conduz a cogitar que este pode autoconstruir-se, tendo em conta a sua capacidade de realizar múltiplos exercícios, que inclui a autodefesa (Gleyse, 2012:6). As crenças sociais de autoconstrução do corpo, de alguns homens, para se defenderem de agentes externos a si, podem ser vistas em torno

da busca de explicações fora do contexto biomédico para manutenção de corpos estáveis sem recurso a conhecimentos biomédicos.

No entanto, há que se pensar que existem outros contextos de cura, que não seguem sistemas biomédicos ou laboratoriais, mas que para algumas pessoas com as quais conversei, como a senhora Maria, são processos eficazes e que sempre serviram de meio de auxílio para ela que não gosta de tomar comprimidos produzidos pelos farmacêuticos, e no geral evita tudo que é produto químico, e tem como melhor opção plantas que ela conhece como medicinais e que são as que usa em caso de algum mau estar.

Eu sou uma pessoa que não gosto de medicar, comprimido não gosto... Eu as vezes quando sinto que estou assim abaixo, as vezes procuro usar mais líquidos, põem água a ferver e depois vou usar uma folha, pode ser aquela folha moringa, quando entendo, então aquela moringa vai-me fazer com que coma um pouco mais e estou a melhorar¹⁷.

Na esteira do dito, ao escrever sobre os espaços inóspitos, o antropólogo Farmer (1996: 260), associa-os a doenças tropicais e a pobreza, para a queda dos níveis de transmissão da Malária teria que partir da mudança do cenário que se reflete no subdesenvolvimento das regiões mais afectadas. Neste caso, os factores sócio-económicos podem ser identificados como básicos para se discutir as aceções do corpo no processo de resguardo, insensibilização ou difícil contágio por determinados parasitas.

Referir-se a espaços inóspitos, nos dias de hoje, em contextos de saúde e doenças, entreve-me que são aqueles espaços domésticos pobres e vulneráveis ao surgimento de doenças. Nestes, forma de pensar a doença e o espaço, para Hausmann- Muela e Ribeira (2011: 104), colocam na análise também a economia familiar, que muitas vezes é baixa, como influente para vulnerabilidade dos residentes desses locais, que são zonas baixas, propensas a inundações e vales dos rios.

Esta aliança do espaço, pobreza e doença, embora seja uma justificação possível, é notável que em alguns contextos, como Munhuana, os meus entrevistados descartam, a possibilidade da pobreza

¹⁷ Maria em entrevista a 06 de Setembro de 2017

ser base para infecção por malária, pois recorrem à limpeza e organização do espaço para evitar a proliferação de mosquitos e para Tomé¹⁸, por exemplo, diz que “*não depende da existência de condições económicas, mas sim da vontade de cada pessoa ver o seu habitat limpo e livre dos diversos insectos*”.

Mas, conseqüentemente, pode se cogitar que a construção social do corpo é revestida de diversos aspectos e significados, onde está incorporada a dominação de diversos espaços e ambientes, onde é preciso sobreviver às condições em que se está sujeito, desde climáticas ou até ecológicas, para adequar-se e ser funcional a todos os níveis, desde o auto-resguardo e concepção de novos aspectos corporais capazes de superar qualquer adversidade e capacitar a viver em condições de pobreza e vulnerabilidade social.

No contexto urbano, o biólogo Britânico Donnelly et al (2005: 6), ao estudar o recrudescimento da malária na área peri-urbana de Pretória, considera que o crescimento populacional e o maior êxodo rural haviam tornado a doença, em sério problema de saúde pública urbana, onde o antigo contexto rural se passou a reflectir nas principais urbes africanas. As constatações de Donnelly et al aliam a pobreza que assola a maior parte das cidades africanas com o aumento populacional, onde os lugares de chegada nunca estão preparados para acomodar os novos habitantes.

Os residentes dos lugares com problemas sanitários são vistos como afectados por vários processos conjunturais desde o ecológico, meteorológico e até sócio-económicos, mas que são recorrentes ano após ano, o que condiciona o habitat normal e leva estes a construir crenças e adequarem os seus corpos a sobreviverem às mudanças climáticas. Munhuana por ser um espaço com essa peculiaridade, no período chuvoso e pós-chuvoso, torna-se preocupante para os residentes, pois as águas podem alagar e deixar marcas, que incidem na imundice capaz de provocar doenças.

A luta para que o período chuvoso e subsequente a este, não provoque essas doenças é que leva os habitantes destes espaços a procurarem diversas formas, por eles narradas, a Higiene e limpezas, sob as quais, outros adicionam a ingestão de derivados de plantas para combater sintomas de doenças. Essas formas de luta levam a olhar para os contornos que a doença toma, sejam vistas

¹⁸ Tomé entrevistado a 18 de Agosto de 2017

como uma anormalidade a saúde dos indivíduos, que pode ser sócio-culturalmente pensado em todos os contextos de saúde e doença.

Em contexto de saúde e doença, deve se ter em conta que relações sociais acontecem em determinados espaços, mas quando o corpo se encontra sensacionalmente doente é sinal de que algo está desviado das normas sociais e em algum momento a doença é disfuncional para o sistema social ao qual o indivíduo constrói o seu bem-estar e dos seus familiares (Lieban, 1977: 25).

No concernente, Mússa (2004:5) procura discutir a possível relação existente entre o meio social, percepções e interpretações sociais que se redefinem em torno da doença, que é fundamental para perceber como se concebem socio-culturalmente os fenómenos de saúde e doença, que condicionam a sobrevivência das populações em contextos propensos a enfermidades que possam ocorrer.

Porém, pode-se perceber que ao tratar de interpretações sócio-culturais, também existem modelos explanatórios dissociados a questões ambientais, espaços inóspitos que levam a olhar para doenças como fenómeno dual: natural, que exige uma explicação simples e exacta em que a sua causa é aparentemente desconhecida ou relegada a explicações biomédicas e carecendo de explicações científicas; as outras sobrenaturais, que aparece quando as causas explicáveis cientificamente não estão bem claras e os sintomas não são perceptíveis (Mussá, 2004: 31).

Os espaços inóspitos, em relações sociais são inerentes às causas para infecção por doenças, consideradas externas ao organismo, com relevância para malária, pneumonias e diarreias em todos os espaços, onde se verifica a existência de charcos, valas de drenagem deficitárias, poças de águas paradas e riachos, onde a prevalência do mosquito é quase que frequente, principalmente em períodos posteriores as chuvas. Nestes períodos, a explosão destas doenças tem sido discutida como problema de saúde pública.

Pode-se considerar que nestes espaços inóspitos, incubam-se parasitas que provocam várias doenças, mas que o tempo, de permanência e pertença a este, é também proporcional à construção de hábitos específicos e condicionantes à sobrevivência nesse espaço. No entanto, é possível pensar que este processo de adequação do corpo do indivíduo a esta realidade é vista como construção

social de um corpo resguardado a determinadas doenças, que pressupõe a socialização deste a determinada situação.

Contudo, na construção social, onde a malária ocorre e afecta o corpo, em determinado espaço social, os propensos a doenças interagem e expressam significados culturais e sociais, que são determinantes para analisar como a sociedade resguarda o corpo das diversas enfermidades. Esta interação permite, por outro lado, que se possa construir uma forma de coabitar em determinado espaço e que também dentro desta forma haja resguardo às doenças, o que leva a que habitantes destes espaços acreditem na eficácia da sua forma de resguardo.

3.4.1 A negociação do resguardo contra malária

A malária no contexto dos diversos debates da Antropologia da Saúde e doença, com principal preocupação nos significados e percepções locais, para o contexto da África Austral, em estudos desse género, encontramos, por exemplo, Hausmann - Muela & Ribeira o debate em torno da crença na construção social do corpo e a capacidade deste negociar no espaço o resguardo contra a infecção pela malária.

A discussão teórica aqui levantada, por estes, é articulável ao contexto do estudo na Munhuana, no sentido em que é notório que os lugares mais propensos a infecções pela malária e outras doenças são os mais pobres, todavia, os residentes destes locais não são passivos a situação e sempre buscam diversos mecanismos para se resguardarem contra essa doença de modo a adequem-se a realidade em que se encontram.

A malária é causada pela picada do mosquito *anopheles*, mas conhecimentos populares associam-na por um lado, à existência de águas contaminadas, à malnutrição e a condições sanitárias deploráveis. Por outro lado, conhecimentos populares associam também a existência do espírito da morte, a zanga dos espíritos e a magia negra (Yadav Kalundha e Sharma 2007: 209). Portanto, Hausmann - Muela & Ribeira (2011: 103), associam aos efeitos da pobreza e vulnerabilidade em países africanos.

Os lugares mais afectados pela malária, são os mesmos espaços onde se nota o subdesenvolvimento económico e a fraca rede de infraestruturas sanitárias, naquilo que se correlaciona a factores sociais,

demográficos e económicos, em concordância com Hausmann - Muela & Ribeira (2011: 103), (Das e Ravindran, 2011: 46). Sendo que, para prevenção o tratamento apropriado não é indispensável, mas o conhecimento que as comunidades têm sobre a doença também é relevante para facilitar a prevenção e tratamento.

A maior preocupação, ao analisar-se assuntos concernentes à malária, segundo Yadav, Kalundha e Sharma (2007: 209), sem fugir das opiniões anteriores, tem sido os factores sócio-culturais, responsáveis pela transmissão desta doença estão relacionadas com estilo de vida do grupo, comportamento social, práticas, crenças, nível de educação, costumes, tipo de ocupação e estatuto social e económico das pessoas que vivem em áreas propensas a incubarem o mosquito anófeles, causador da malária.

Diversos estudos sobre a malária em Moçambique, com incidência aos de carácter epidemiológicos e comportamentais, onde as estatísticas que visam mostrar o grau de conhecimento comunitário e o índice de infecções pela doença são predominante, como o que foi referido por (Patrão & Vasconcelos-Raposo 2012). Esse grau de conhecimento que se tem da doença pode influenciar na tomada de decisão em como combater a doença, a partir do contexto familiar para o comunitário.

No entanto, embora a discussão epidemiológica e estatística, não seja de interesse no meu debate sobre a malária, há que olhar para o plano estratégico do PNCM (2017), que mostra que quase em todas as cidades, incluindo Maputo, as consultas desta doença ainda continuam preocupantes com cerca 45% de pacientes e responsável por cerca de 30% das mortes nos hospitais de Moçambique, sendo que Arroz (2015), considera a queda que é notada em relação a década 90, não é relevante por esta ainda matar muito.

Numa outra interpretação baseada em estatísticas, Patrão & Vasconcelos-Raposo (2012:59), contextualizam a situação da malária na ilha de Moçambique como doença de conhecimento popular, mas que a sua prevalência é susceptível de ser experienciada de acordo com várias vertentes, destacando para tal o modelo explicativo que possibilita a interpretação da situação.

A interpretação de fenómenos culturais ligados à saúde e doença em especial malária, parte das concepções e práticas terapêuticas, objectiva ou subjectiva, que são experienciadas por corpos, onde os que estão expostos a riscos, mas dificilmente são infeccionados, podem promover o

desenvolvimento de crenças de construção de auto-resguardo e levar a assunção representativa desta como realidade socialmente construída, o que foi por mim ouvido no campo de forma recorrente que *“o mosquito que ali existe não provoca malária”*¹⁹.

Estas crenças, também implicam um processo de negociação cíclica no espaço, que vai se reflectir na capacidade de lidar com as condições ambientais deste, para que as doenças não penetrem neste espaço. A negociação em causa pode implicar por outro lado à integração do combate contra a malária na cultura do individuo, em que os conhecimentos que se tem, tanto do corpo como do espaço em que se está envolvido como da doença, são essenciais.

Por outro lado, analisando a doença como processo sócio-cultural, a sua predominância passa a ser caminho para que o corpo, exposto continuamente à doença desenvolva um grau maior de resistência à infecção. Mas também para isso contribui o conhecimento popular sobre a malária e a experiência que se adquiriu em condições de doenças (Yadav, Kalundha e Sharma 2007: 209). O conhecimento sobre esta doença no corpo, aqui, mostra conexão directa, entre os que são factores sócio-culturais e o meio ambiente na construção da crença da capacidade de resisti-la.

Esta crença na capacidade do corpo resistir à doença é espontaneamente relatada por alguns interlocutores, com os quais conversei, que desdramatizam a existência de mosquitos que os infecte pelo resguardo que os seus corpos construíram com o tempo, onde os aspectos sociais para essa realização são expressos por estes nas relações existentes entre indivíduos.

A existência desta relação entre os diversos factores sócio-culturais e o meio ambiente, nem sempre é útil para a construção do corpo em determinados contextos como o da Munhuana, em que se acredita, segundo Tomé, que a existência de diferenciações sociais não se faz sentir naquele local e que todos podem combater a existência do mosquito de igual forma e, mais ainda, a vontade de cada um é preponderante para que aconteça.

O contexto de análises de saúde e doença, segundo Costa & Gualda (2010: 926), colocam as experiências atravessadas pelos significados socialmente construídos, que se tornam úteis se forem colocados dentro dos processos estruturais que permeiam as sociedades, onde a doença deve ser

¹⁹ Maria, Mário, Tomé e José em Agosto e Setembro de 2017

considerada um processo sócio-cultural e em simultâneo a um processo subjectivo construído a partir de contextos sócio-culturais vivenciados.

É preciso compreender que referente às doenças, há sempre relação entre o meio social circundante e as percepções sociais que se constroem a volta, que leva a necessidade de compreender como os humanos comportam-se e agem perante aos significados sociais e culturais (Libinga, 2011: 22). Esses significados sócio-culturais são influentes na forma como se cuida do corpo e como se comportar em experiências de doenças ou propensão a doenças, que leva a necessidade de descodificação desses significados por parte dos elementos externos.

Sabe-se que, em determinadas sociedades existem interacções válidas para construção de explicações e significados para doença e como lidar com ela, que por sua vez abrem campo alternativo para o entendimento da interacção que se estabelece com a experiência intersubjectiva ou interpessoal, em que o conhecimento das experiências familiares e os conhecimentos de outras modalidades que são transacionados e conectados a modelos explanatórios de saúde e doença (Granado et al, 2009: 320).

Neste diapasão, há que perceber que em contextos de saúde e doença os indivíduos negociam a forma de construir os seus corpos, através da adesão a determinado tipo de terapia ou não e a determinada forma de estar. Esta forma de negociação está intrinsecamente relacionada ao contexto em que se constrói o dia-a-dia dos habitantes de determinado espaço, suas experiências no que diz respeito a questões ambientais e sociais.

A construção do corpo resguardado, com capacidades defensivas face a doenças implica a fabricação do corpo contrário à visão de Coelho e Leal (2015) que remetia à fabricação de corpo com recurso a fármacos e que passa pela transformação desse corpo para superar os seus limites naturais pela criação de auto-controlo do corpo. Mas, por outro lado, é preciso aliar ao facto de no processo de vivência humana, existirem doenças, que podem ser evitadas pelo tipo de alimentação, dieta apropriada, a estação do ano e evitar estar em maus ambientes (Prasad, 2005: 225).

Neste contexto, aspectos inerentes à dieta como factor crucial para degradação corporal foram identificados por Packard (1984: 194), ao relacionar a economia política e o recrudescimento das epidemias na Swazilândia colonial, que a mudança da dieta familiar terá influenciado

profundamente nos padrões de saúde e doença das populações africanas. No concernente à influência que a dieta tem para a saúde e doença, podem ajudar a construir a imagem da fragilidade do corpo concorrendo para que a infecção bacteriana entre em actividade.

A aliança que é feita sobre a dieta alimentar e doença também é patente em Moçambique, segundo Patrão & Vasconcelos-Raposo (2012:55), a maior parte da população afectada pela malária encontra-se em situação de pobreza, esta que por sua vez é associada a impossibilidade de cobrir as necessidades de saúde e outras discrepâncias sociais. A situação de privação e vulnerabilidade é possível ser notada em contexto peri-urbano da cidade de Maputo, no qual encaixo o bairro da Munhuana.

O recurso a um padrão alimentar nutritivo foi resposta dada por dois dos meus entrevistados ao pensar no que fragiliza o corpo até ser infectado pela malária, onde tanto um como outro disseram que o ser infectado por doenças como está no espaço em que estão, tendo em conta a resistência que o corpo terá criado, também depende da forma de alimentação das pessoas, pois há pessoas que se expõem a determinado contexto, mas o corpo estaria frágil por estar pouco nutrido.

Em conversa informal Mário²⁰ deixou passar que o corpo para se manter forte contra indisposições como a malária, tem muito a ver com o regime alimentar da pessoa e que para a pessoa que não se cuida e não se nutri como deve ser, facilmente é atacada por esta doença. O que se torna perceptível é que, para esta a sua forma de encerrar as causas de fácil infecção pela malária advém da dieta e nutrição individual.

Macete (2001) e Dgedge et al (1999), consideram que estudos de carácter epidemiológico, feitos em África e em particular em Moçambique, têm colocado em segundo plano no estudo da malária, a identificação dos aspectos sociais que possam ser de grande importância na transmissão, cura e controlo da doença, onde diversos factores desde sociais, culturais, económicos e ambientais devem ser considerados ao analisar esta questão.

Num outro olhar, Farmer (1996: 261) vai mais longe, associando as doenças a determinados espaços geográficos, colocando os espaços tropicais na categoria de vulneráveis, mas que cada

²⁰ Mário entrevistado a 07 de Setembro de 2017

corpo individual deve se adequar e melhor aperfeiçoar-se ao sistema de saúde do seu contexto. Há que considerar também, que os cuidados de saúde básicos partem do âmbito individual para o global, sendo que muitas doenças emergem assim para aquilo que é a globalização das doenças.

Os cuidados de saúde do âmbito individual, no mesmo prisma que as patologias se globalizam, os cuidados também seguem mesmo processo, fazendo parte da globalização dos processos de saúde. Estas tendências de partilha de cuidados terapêuticos fazem parte da forma de construção do que se imagina de um corpo resguardado contra doenças, que em certos contextos é responsável pela idealização de corpo saudável.

Neste processo de fabricação ou construção do corpo, em visão diferente pode olhar-se para a influência que o dualismo cartesiano, mente e corpo, joga ao pensar que o homem na sua mente crê que constrói socialmente mecanismos de defesa para proteger o seu corpo de invasores externos ao seu sistema imunológico. Sobre este sistema torna-se importante olhar para o sistema imunológico como um espaço que precisa de ser disciplinado para desempenhar o seu papel de forma politicamente correcta (Csordas, 1990: 7).

No mesmo contexto que se fala da disciplina do sistema imunológico para sobreviver em alguns contextos, a partir do que entra no nosso organismo leva a pensar que a adequação do corpo ao meio social permite notar que passa a fazer parte da pessoa estar naquele contexto, secundado pela justificação que alguns residentes da Munhuana usaram para explicar o porquê, ter tido malária quando acabavam de voltar de uma determinada viagem em que consideravam que o local de visita, fora responsável pela infecção, o que deixa a mudança do ambiente responsável por tal.

As tentativas de controlo das doenças que afectam o corpo são transversais e de diversas formas, em que a nível biomédico são expressas por várias publicidades sobre as patologias, de forma a coagir as pessoas a não se vulnerabilizarem, optando pela prevenção com recurso à vacinas e dieta apropriada para evitar e o contágio por diversas doenças. Este aspecto de recurso à dieta apropriada também é partilhado por algumas pessoas com as quais conversei, embora também remetessem ao combate prévio ao uso de outros processos terapêuticos.

Na procura de cuidados de saúde, há maior interesse em identificar aspectos sócio-culturais na sua interpretação e que tenham impacto para o controlo biomédico das doenças, que sejam capazes de

dar resposta aos dilemas da doença no que reflecte as percepções que se tem da doença assim como dos processos terapêuticos inerentes à cura da referida doença (Mussá, 2004: 4).

Esses cuidados e terapia que partem de conhecimentos fora de controlo biomédico, mas que são de conhecimento daqueles que os praticam, como alguns entrevistados que assumiram conhecerem plantas e recorrerem a elas para se tratar de certas doenças, como o exemplo senhor Mário que dizia em conversa, ao se referir a alguns conhecimentos medicinais que conhece:

Não posso afirmar assim tanto, mas por algumas dicas você pode recorrer a papaia verde, pode recorrer a cana-de-açúcar, cana-de-açúcar podes comer depois de queimar um bocadinho aquela parte posterior, mas em termos de muitas dicas nunca tive... também pode se tomar fervura de bonzana e de seringueira, isso também ajuda a melhorar, mesmo a planta de espinhosa, ouvi assim só não sei se são as próprias folhas, ouvi falar assim a toa não com tanta certeza e profundidade²¹.

É preciso ver que Libinga (2011: 55) considera que a percepção social sobre a malária, assim como todo o processo de busca de cuidados terapêuticos, resulta de longo processo social marcado pela interiorização que acontece desde a colectivização até a distribuição social do conhecimento adquirido ao longo duma determinada época e em contexto que possibilita a sua apreensão e seu posterior uso que leva a eficácia reconhecida pelo grupo, que partilha esta medicação.

Esse conhecimento que é aprendido por herança e por convívio contínuo com pessoas que conhecem essas plantas, mas que a sua aplicação tem em alguns prismas servidos à comunidade como disse uma entrevistada, ter ajudado um vizinho que estaria a passar mal num momento que teria que esperar o dia seguinte para ir ao centro de saúde e ela ferveu algumas folhas que em pouco tempo fizeram com que melhorasse.

Na percepção da construção da crença em um corpo resguardado faz parte do entendimento das práticas sociais que são assumidas nas comunidades, para a manutenção dum corpo saudável e as práticas comportamentais que são importantes no processo de cura e prevenção contra a malária. Onde mais do que se basear em práticas e experiências, essas são norteadas por crenças, construídas

²¹ Mário entrevistado a 07 de Setembro de 2018

no seio das comunidades, que proporcionam eficácia nos métodos terapêuticos usados por seus seguidores.

É importante entender que os que comigo conversaram durante as minhas visitas pela Munhuana construíram a sua forma de lidar com espaço, que permite com que se mantenham saudáveis mesmo estando naquele ambiente. A sequência de processos de limpeza e higiene no bairro são as que com maior frequência foram usados como álibis para os residentes se justificarem, mas que quatro acoplam a isso, terapias diversas como preventivos para a enfermidade e o uso de redes e insecticidas.

Na compreensão do corpo resguardado contra a malária é preciso analisar e perceber que a construção social da doença nos espaços em análise, faz parte dos processos normativos de saúde das pessoas e que estas constroem a realidade da sua vivência, com base nas diversas formas de proteger o seu corpo, para lidar com as doenças que lhe possam afectar sem recurso frequente aos procedimentos clínicos dos serviços de saúde.

Dessarte, é preciso ver que a mesma consciência que se tem sobre a construção de fenómenos naturais, vai fazer parte dos diversos factos correlacionados a enfermidades, onde a sua compreensão pode variar segundo o olhar, tanto do observador como do observado. O Olhar do observador científico é referente ao seu campo de actuação. Seja cientista social ou cientista aplicado, serve-se dessa base para a construção do conhecimento que se partilha com a sociedade.

Neste mesmo âmbito, processos de saúde também participam na construção social do corpo, pois com interesse de prevenir doenças individuais podem fazê-lo através de várias práticas corporais, em que o seguimento de determinadas práticas, principalmente quando se trata de doença e espaços onde as pessoas vivem, acredita-se que precisa controlar, questões de higiene, e seguir determinadas dietas, prática de ginástica e diversos processos terapêuticos que se integram em sistemas culturais.

É possível perceber que diversos processos sócio-culturais que versam sobre determinados ambientes ajudam a compreender que os corpos são socialmente construído e sofrem metamorfoses sociais naquilo que lhe é exposto, onde a necessidade de se adaptar para superar os limites naturais é a condição basilar para que estes permaneçam vivos relativamente ao contexto em referência.

4. Imaginário social sobre o corpo

Neste capítulo, dou ênfase à representação que se tem da socialização do corpo na Munhuana, que é considerado adverso à boa saúde, baseado nas notas de campo e algumas conversas no campo, pelo que, sem usar e conceber como uma construção, as pessoas agem e moldam-se pelas actividades físicas ou mentais conducentes a boa saúde, no seu dia-a-dia. Ademais, perante compõem o imaginário sobre o corpo, leva a perceber através do discurso sobre os cuidados inerentes à prevenção da malária, a existência da socialização do corpo a determinados contextos.

Aspectos e questões como a forma que os residentes da Munhuana imaginam os seus corpos? Como sentem que os seus organismos estão infectados por alguma doença ou quais são as principais reacções corporais, que representam ao estar infectados pela malária? Foram feitas para poder interpretar o processo de socialização do corpo ao meio em que estes vivem. Pois, embora vivam neste espaço ambientalmente adverso, acreditam que o mosquito que ali existe não os provoca nenhuma doença.

Tendo em conta os pressupostos sócio-culturais, é importante neste capítulo, perceber dois pontos principais, o primeiro tem a ver com a forma como é vista a questão subjectiva da socialização do corpo, na qual para os meus entrevistados mostraram, não terem nos seus vocábulos a palavra cuidados do corpo, mas sim manter-se saudável, com base na forma com que as pessoas falam sobre determinadas coisas que fazem para não se infectarem por doenças e, por conseguinte, construírei o que interpretei como cuidados que levam a socialização do corpo.

No segundo ponto, conectado a construção do imaginário social sobre o corpo e os seus cuidados que os habitantes, a partir das dinâmicas corporais e de controlo da malária, os que conversaram comigo, contextualizaram o bairro como propenso a inundações e que se ressentem em todos os períodos chuvosos. A sobrevivência a esta condição de inospitalidade levou-os a reconfigurarem a sua forma de estar e cuidar dos corpos, socializando-os assim ao contexto de modo a superar as dificuldades existentes de forma a manterem-se saudáveis.

No entanto, se esta reconfiguração por um lado é feita a partir de cuidados de saúde intrinsecamente ligado à higiene com o saneamento do meio, que revelaram as limpezas nas ruas, as valas e o cuidado com a casa de modo a não se tornar foco de reprodução de mosquitos, por outro lado

alguns adicionaram a isso o uso de plantas, como folhas de *kakana*, de papaieira, cana-de-açúcar, *bonzana* e outros tipos de plantas que são por estes conhecidas para cura.

4.1 A Socialização ao ambiente inóspito

Ao procurar a dimensão do termo socializar, procurei olhar para o que seria socializar o corpo, pensei logo na forma de se estar em convivência com determinado espaço e ser produto desse espaço ou ter suas raízes e a vida feita naquele contexto. Embora, ao apresentar e analisar dados do campo guiei-me por Lock (1993), que considera que o corpo em antropologia é produto social, cultural que tem história, pelo qual se pensam a estruturas sociais e se reproduz a ordem social.

Esta forma de ver o corpo levou-me a reflectir que toda a experiência social do homem é uma forma de socialização que integra o seu corpo como sujeito-objecto, onde as suas experiências são fontes para explicar o enquadramento que se dá a todo o processo de concepção da nova forma de lidar com os aspectos paralelos ao corpo em contextos da Munhuana, que foi meu campo para colectar dados.

Neste contexto, foi possível perceber que alguns entrevistados contam ter experienciado momentos em que a cólera, malária e outras doenças eram as que apoquentavam o bairro e que chegaram a provocar óbitos, mas com a forma com que os moradores passaram a encarar o problema do saneamento do meio, através de limpezas no bairro passaram a viver outra experiência em que pouco se fala de óbitos por causa dessas doenças.

No trabalho de campo, e através da observação que fiz, foi possível entender que para construir a interacção entre a doença e contexto em que ela acontece é preciso ver como o corpo é gerido nesse mesmo contexto e como os detentores desse corpo o concebem objectiva e subjectivamente. Assim, é possível ver que o processo de prevenção da malária leva a disciplinar os corpos, na expressão Foucaultiana em vigiar e punir, no qual estabelece uma exigência de orientar-se o corpo para que se torne aceite pela sociedade (Foucault, 1999).

Sem tirar a proeminência dos 11 participantes da minha pesquisa, dois entrevistados, foram importantes para o estudo de situações determinantes na pesquisa: uma senhora de 50 anos, casada e comerciante relatou nunca ter sofrido de malária, mas os restantes membros da sua família

sofreram. Outro entrevistado de 55 anos, em união marital, relatou, em conversa, que teria padecido da doença, mas que o resto do seu agregado, composto pela esposa e duas filhas, nunca reportou episódios de malária.

Durante as andanças pelo bairro da Munhuana, era notória a forma com que a maioria destacava que a disciplina adstrita ao corpo vem de dentro, assim como do externo do indivíduo. Do interno, tem a ver com recurso a terapias conhecidas e relatadas por três entrevistados, como as folhas de *kakana*, de papaeira, *mbozana* e cana-de-açúcar queimada ou passada ao fogo, consideradas fortes para o combate a certos males estares corporais que, sem recurso a diagnóstico médico, são colocados como sintomas aproximados aos da doença.

O externo está mais relacionado com cuidados higiénicos que se tem com o local, que visa a repelir a presença do *anopheles* no seio familiar e também as jornadas de limpeza feitas pelos jovens nas ruas do bairro, nas valas e outros espaços considerados focos deste mosquito, mas também o uso de diversos insecticidas para afasta-lo e repeli-los de modo a não infectar e causar óbitos.

Na Munhuana, tive que explorar as melhores respostas às ilações que os meus entrevistados deixavam passar para se referir às questões corporais, principalmente através da doença, da dor e das experiências que com isto tinham. Esta interpretação, das suas respostas, permitiram apresentar os dados sobre suas formas de olhar o corpo, através da minha interpretação das suas experiências com as situações que foram relatadas para explicar uma determinada situação de doença e dor, pelas quais estes ou seus familiares terão experienciado.

Ao conversar sobre o comportamento sintomático do corpo perante a malária, como doença parasitária, foi comum perceber que as pessoas conhecem como o corpo infectado pela doença comporta-se, por exemplo o mais comum são *febres, dores de cabeça, calafrios, cansaço, náuseas e falta de apetite e fraqueza*²². O conhecimento que se tem da manifestação da doença no corpo, levou-me a compreender que o corpo é como um lugar onde diversos fenómenos físicos se reflectem, como as doenças, a desnutrição e outros.

²² Jose, António, Tomé, Augusta conversas individuais de Setembro de 2017.

A forma de entender o corpo foi cada vez mais entendida como as pessoas cuidam dos seus corpos para não serem infectados pela malária, consumando-se não apenas fisicamente diferentes, mas também socialmente diferentes, já escrito por Synnott, (1992: 79). Esta certeza levou-me a olhar as experiências individuais dos meus entrevistados, a forma como lidam com o espaço em que acontece o seu dia-a-dia e como cada um faz para que o seu corpo seja capaz de socialmente resguardar-se a doenças como malária.

As experiências referidas são colectadas através das conversas feitas com alguns interlocutores, nas quais foi possível notar que falar dos órgãos que constituem o corpo, assim como falar da dor em algum membro, é mais fácil do que falar deste. Portanto, a palavra corpo no sentido lato é muitas vezes substituída por organismo ou pela determinada parte do corpo que pode estar a padecer de certa doença ou de um mau funcionamento.

O corpo para resguardar-se da malária é aquele que é disciplinado, a viver no espaço que, hipoteticamente, em condições sanitárias e ambientais, que se pensa ser foco do mosquito, mas que as pessoas acreditam não se infectarem, como disse uma das minhas entrevistadas: *“O mosquito que existe nessa zona não produz malária ou nossos organismos estão habituados, porque do jeito que há mosquitos, haveria sempre óbitos”*²³. Esta forma de se expressar facilmente levou-me a questionar o porquê de dizer que o mosquito que ali existe, não infecta? Que a resposta direccionada a dois sentidos: *“oh, não sei, talvez os nossos organismos já se habituaram”*²⁴.

Ao olhar para a construção do corpo, o debate teórico de Foucault (1987: 244), diz que o corpo é um lugar do conhecimento da pessoa, de aprendizado de como este comporta-se, é lugar em que conquista as suas aptidões, lugar onde se fabrica indivíduos submissos e constitui-se sobre eles um saber exacto. Na óptica deste autor, o corpo responde normalmente a um contexto social e geográfico capaz de performatizá-lo, ao ponto de adequar-se a determinado contexto ambiental como a capacidade de resistir a adversidades aí existentes.

Esta forma de ver o corpo descrito por Foucault leva-me a perceber em todo o processo de vivência no espaço e contexto social, que o corpo é ajustado para sobreviver ao contexto a que está exposto

²³ Maria entrevistada a 25 de Outubro de 2017

²⁴ Maria entrevistada a Outubro de 2017

e isto foi perceptível ao observar os moradores da Munhuana, que embora vivam naquelas condições, conseguem dizer que se protegem das possíveis infecções e doenças que costumam a eclodir em contextos de propensamente ambiental a doenças.

Esta protecção que se versa principalmente no corpo torna-o sujeito-objecto da realização de experiências sociais que, abrangem a dieta, como um dos meus entrevistados disse que considera que infecção pela malária vária de pessoa para pessoa, há organismos de pessoas que vivem por ali sem se infectar, mas também colocou em evidência a dieta da pessoa que pode contribuir para resistência do corpo ao parasita da malária²⁵.

O corpo – objecto que é lugar onde a doença se reflecte, sendo que para Prasad, (2005: 225) este é que como sujeito, que para este se adoptam mecanismos de prevenção de doenças, portanto, isto implica aliar a identidade do corpo a existência de anomalias, que em consonância com a este, Mário ²⁶ revelou uma multiplicidade de representações da Malária, onde para si, os cuidados terapêuticos são influenciados pela situação económica que vai desde a dieta para não permitir a debilitação do corpo e o rápido acesso aos serviços terapêuticos disponíveis.

Estas múltiplas formas de cuidar do corpo para que não seja infectado pela Malária, são referidas em discursos dos meus entrevistados na Munhuana, que ajudam a proteger o corpo de várias doenças como narrou a Maria, ao perguntar-lhe que dizia que não tem tido hábito de recorrer a comprimidos quando sente algum mal-estar, o que tem feito para ultrapassar esses mal-estares?

Costumo tomar medicamentos feitos de plantas que temos nas nossas casas, por exemplo a folha de papaeira, é grande comprimido sabendo dar uma boa dose, sem exagerar, não levar meio copo, ferver mesmo e dar uma colherinha de chá, se é que era iniciativa de Malária, parou... , as folhas de moringueiro também têm funcionalidade de limpeza no organismo e “Bonzana” tem sido usado para prevenir hemorroide²⁷.

²⁵ António entrevistado a Agosto de 2017

²⁶ Mário entrevistado a Setembro de 2017

²⁷ Maria entrada a 25 de Outubro de 2017

Esta busca por cuidados terapêuticos alternativos ao sistema médico estatal foi partilhada por mais dois entrevistados, embora sem aprofundarem onde teriam obtido conhecimento da existência do uso das plantas que referiram para combater mal-estares corporais. A forma de tratamento do corpo com base em plantas, pode ser também discutida como forma de colectivizar o corpo a determinado contexto e pelo qual pode fortificar-se e antes a performance desejada para combater qualquer adversidade.

Num discurso relacionado à dieta, o entrevistado António, ao tocar em assuntos como pobreza, disse que isso incidia para fácil contracção de doenças. Passou a ser importante notar que é no corpo que também ocorrem fenómenos sociais, por isso em algum momento, este diz que a falta de boa alimentação, afecta o organismo porque a boa alimentação nutritiva pode ajudar o organismo a combater algumas doenças²⁸.

A socialização do corpo, através das múltiplas formas, que levam a sobrevivência a situações e ambientes inhóspitas é condição essencial para considerar que no meio em que o homem vive há sempre necessidade dele dinamizar-se a realidade psicofísica, sem recurso a aspectos físicos e biológicos como fármacos laboratoriais e práticas desportivas, para que se controle e combata doenças que possam ser características de espaços semelhantes ao que se está a olhar.

É possível perceber, que diversos processos sócio-culturais que versam sobre determinados ambientes ajudam a compreender que os corpos são socialmente construídos e sofrem metamorfoses sociais (no ambiente) que lhe é exposto, onde a necessidade de se adaptar para superar os limites naturais é a condição basilar para que estes permaneçam vivos relativamente ao contexto em referência.

4.2 “Não há malária aqui” conhecimentos e terapias

No bairro da Munhuana, muitos conhecem ou já ouviram falar da malária como doença, embora discursos diferentes sejam notórios quando se trata de cuidados a ter com doença. Diferentes pesquisas sociológicas como as de Mússa (2004) e Libinga (2011) e antropológicas de Sequeira (2016), feitas na cidade de Maputo sobre as doenças trazem como principais preocupações os

²⁸ António entrevistado a 08 de Agosto de 2017

dilemas de tratamento da doença, em bairro de maior predominância, mas a necessidade de entender como em bairro com mesmo tipo de perfil pode-se ter números baixos de infecção pelos mesmos tipos de doenças.

“*Não há malária aqui*”, dito por alguns residentes, foi sendo retórico nas conversas que tive no campo, em que ao se referirem à não existência da doença no seu bairro, mesmo em tempos de surto da doença que atinge os diversos bairros da cidade de Maputo, de forma diminuta esta foi considerada inabitual no seio dos seus agregados e que era uma epidemia que afectara alguns num passado longínquo.

A partir desta forma de responder e considerarem a existência reduzida da malária, comecei a questionar de diversas formas sobre os sintomas característicos da doença, se já tinham sido contaminados ou não pela doença, se já haviam convivido com a doença nos seus agregados? Questões de como lidavam com a doença em épocas em que eclodisse também foram importantes para entender o porquê daquela resposta e se as mesmas questões tivessem sido feitas anos passados a respostas seriam as mesmas?

Num certo prisma sobre esta quase inexistência da malária, um dos residentes entrevistados por mim, que por ter conhecimentos sobre ela, assume determinados procedimentos para evitar o contágio e através de formas mais simples que vão desde, a higiene no quintal e em frente a este, a existência de redes nas janelas das casas até ao uso de insecticidas. Entretanto, outros entrevistados olham para como a pessoa expõe seu corpo, como factor essencial para prevenção da picada do *anophele*, como Mário descreve a sua situação e do seu agregado:

Na minha família não é comum relatar-se episódios de malária, meus filhos nasceram aqui e nunca foram contagiados e minha esposa está a viver comigo há mais de dez anos e nunca teve Malária, isso se deve ao cuidado que temos dentro de casa, recorremos a vários caminhos para que o mosquito brinque fora da nossa casa. No entanto, eu sou único que tive aqui na minha casa, penso que foi por ter-me exposto aos mosquitos nas barracas com amigos, porque era comum estarmos a beber ao relento nas noites²⁹.

²⁹ Mário entrevistado a 07 de Setembro de 2017

No contexto de conversas sobre esses cuidados de saúde e higiene, que foram referidos na citação acima, é notório que são colocados como basilares para combater a procriação do *anophele*, o que leva a construção social imaginária de que o corpo pode ser resguardado contra a malária através do comportamento individual face a esta doença, onde a pessoa vive. Os relatos dos entrevistados revelam que viver na Munhuana é reflexo de vulnerabilidade para doenças, se olharmos para condições do saneamento do meio, enquanto para outros não representa nenhuma vulnerabilidade.

O que foi possível perceber é que todos com os quais conversei conhecem a doença, por ter tido a experiência de conviver com a doença por infecção própria ou de algum membro do agregado ou pelos órgãos de informação, que fazem a propaganda sobre o combate a malária. Entre os que conviveram com a doença, alguns relataram terem-se infectado com a doença, um membro do seu agregado ter sido infectado ou ainda conhecer alguém que esteve infectado entre as pessoas com quem convive no seu dia-a-dia.

De maneira que, todos os entrevistados conhecem as possíveis causas da malária e relataram que informações que têm, esta é causada por mosquitos e pela forma que se manifesta no corpo, que dizem ser sintomática através de febres, dores de cabeça, calafrios, cansaço, náuseas, falta de apetite e fraqueza. Perante esta associação da doença ao mosquito, a maioria dos meus entrevistados considera o mosquito existente neste bairro ser inofensivo e não transmissor da doença, pelo que, eles conseguem viver ali, embora em situação de saneamento desagradável.

Associada a resposta destes, é possível ver que a eclosão da malária tem como principal vector a picada do *anophele*, mas conhecimentos populares associam-na à existência de águas contaminadas, à malnutrição e condições sanitárias deploráveis. Por outro lado, associam a processos subjectivos do espírito da morte, a zanga dos espíritos e a magia negra, (Yadav, Kalundha e Sharma 2007: 209). Quanto a esta última, ligada espiritualidade, é descartada no campo, porque as suas bases religiosas, cristianismo assim como o islão não os permitiu pensar a doença nestes termos, mas sim dentro do ciclo de vida do ser humano.

Entretanto, perante o facto de conhecerem a malária, todos têm mecanismos diferentes de lidar com o vector de infecção, uns falam em cuidados de higiene e uso de insecticidas e outros adicionam cuidados terapêuticos por si praticados, caso suspeite sintomas de doença, como o caso da Maria, que aprendeu dentro da igreja que é seguidora, diferentes métodos, e outros que foram

ouvindo e herdando das outras gerações. Portanto, este conhecimento de plantas medicinais, não implica para estes, pensar na doença como espiritual, mas olhá-la como processo natural.

Assume-se que, há uma naturalização da doença perante os factos sociais, tornou-se peculiar registrar os que esta entrevistada disse acerca, é que já teve episódios que teve que recorrer à bíblia para entender a doença, como quando sua filha padeceu da doença pouco tempo depois de voltar de Xai-Xai, perante o estado crítico que se encontrava devido à malária, em que:

A cabeça chegou a virar até parecer com a cabeça de pato, porque estava magrinha, os pés começaram a dar uma deficiência e ela não conseguia andar, como ela andava e ela sentia muito frio,... mas não teve significado nenhum, como nós somos crentes, acreditamos muito que era doença, acredito muito que se fosse uma pessoa que eu penso que hummmm, ‘deve vá loyile nwa nanga’ mas nem apareceu isso, eu só orei em nome Jesus que a minha filha estaria curada e ficou curada³⁰.

Com estas ideias, o modelo interpretativo que leva a acreditar na possibilidade dos espíritos dos antepassados interferirem no processo construtivo do imaginário social perante a malária, não é reconhecido pelos residentes da Munhuana como os casos do jovem Tomé³¹ e a Maria, que se apoiam nas respostas religiosas para o estar doente, como processo normal em saúde e que o importante é criar condições para que a casa onde pessoa vive não seja local de proliferação do *anophele*.

Na óptica de Macete (1999) e Dgedge et al (1999), a identificação dos aspectos sociais que possam ser de grande importância na transmissão, cura e controlo da doença, onde os diversos factores desde sociais, culturais, económicos e ambientais devem ser considerados ao analisá-los. Aspectos considerados possíveis de serem identificados em várias cidades costeiras, e para o caso de município de Maputo, já se tornou preocupante para as autoridades municipais, conforme o discurso do presidente do concelho municipal, David Simango³².

³⁰ Maria entrevistada a 06 de Setembro de 2017

³¹ Tomé – entrevistado a 18 de Agosto de 2017

³² Extraído do Jornal A Verdade electrónico, 2010. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/vida-e-lazer/36/10394> acedido a 16 de Dezembro de 2017

Posto isto, Munhuana é pelas suas características de solo, com lençol freático visível pelo humedecimento do solo e frequente estagnação de águas, em períodos chuvosos, que para os seus residentes é associado a acção humana, que vai desde o bloqueio das valas pelas construções e ampliações das residências, depósito de lixo nas ruas e libertação das águas de drenos na época chuvosa. Características que me levam a pensar em questionar os residentes, como é que eles organizam a sua vida naquele ambiente, propenso ao surto de algumas epidemias?

Partindo de percepções diferentes, em que se associam as condições de saúde ao meio ambiente é possível compreender que as ideias sobre a vulnerabilidade não são lineares, pois embora as pessoas residam lá há muito tempo, expostas a picada do *anophele*, e têm consciência da sua situação de vulnerabilidade. Esta condição é que em parte, conduz a analisar como as pessoas constroem a sua vivência naquele espaço? Por ser o bairro considerado pouco afectado por doenças atribuíveis a condições ambientais e sanitárias deficitárias.

As condições sócio-económicas, acopladas as sanitárias e ambientais tornam-se importantes no campo, pois é possível ver que o discurso sobre os problemas que se tornam causas para incubação do mosquito neste local, são imputadas ao homem, aliadas ao crescimento demográfico que levou a construção de novas moradias que bloquearam a passagem normal do curso das águas, que acrescidas ao comportamento de alguns que atiram sujidade nas valetas, em que as águas não conseguem passar pelos esgotos ou sarjetas existentes naquele bairro.

Estas formas de pensar as acções humanas são recorrentes, como o que me foi explicado por alguns entrevistados, que assim consideram, por exemplo como disse o Mário que *“o problema é que aqui no bairro as antigas valas foram bloqueadas, por exemplo, na Rua de Zavala e Rua de Xefina foram fechados os caminhos que as águas podiam passar, uma pessoa apareceu e construiu sua casa, e mesmo o campo do futebol desapareceu e foi ocupado por casas”*³³.

Há neste discurso um espectro indicado pelos moradores mais antigos, que terá sido o crescimento que o bairro teve com o surgimento de novas casas no bairro, como terá dito outra entrevistada, que *“o problema é que o padrão que havia sido pensado para o bairro, está a mudar com*

³³ Mário entrevistado a 07 de Setembro de 2017

surgimento de casas até de dois pisos”³⁴, onde não estava projectado e que proporcionam ao espaço para rápida saturação do solo e bloqueio dos caminhos normais de escoamento de água.

Situações ou problemas sanitários são a justificação encontrada pelos moradores para falar dos dilemas do bairro, onde várias soluções colectivamente ou individualmente são encontradas para combater a acção dos mosquitos no bairro, como se refere Mário:

Aqui vou-te dizer que é cada qual, porque tem as águas dentro do quintal, a tendência é de cartar as águas para rua, e eu nos tempos, há uma coisa de cinco anos fiz uma pequena linha porque temos uma rua que consegue desaguar as águas até a drenagem, fiz um esforço porque aqui fica um charco, aqui mesmo em frente e todas águas da vizinhança vêm acumular aqui, tenho feito esforço de pegar a pá e pelo menos abrir uma linha, a água não precisa de uma coisa grande só precisa de caminho. Tenho feito esse esforço mas em termos de vizinhança que ajuda ninguém sai. Tenho feito isso em jeito de salvação do meu imóvel³⁵.

Este discurso ligado aos cuidados de higiene que são expressos pela organização do local é conducente a pensar que através da limpeza, como disse um dos entrevistados a presença do mosquito que ali abunda *é pouco ofensivo e acredito que aquele tipo de mosquito dificilmente causa malária*” como disse Tomé, mas que o maior cuidado a ter é manter todos os lugares de possível procriação do mosquito bem limpos para que estes não tenham espaço para procriar-se.

Pensamento igual encontrei quando conversava com outra entrevistada, em plena actividade de comércio na barraca, que construiu dentro do seu quintal com a porta para o exterior do mesmo, em que no meio da conversa entrou um cliente para comprar uma recarga de telemóvel, que ao escutar a conversa também interferiu dizendo que *“não há malária aqui, é raro aparecer alguém doente de malária”*³⁶. Desta forma, foi fácil entender que o discurso da não existência da doença, não implica que ela não infecte as pessoas deste local, mas sim a existência dessa doença é irrelevante para eles.

³⁴ Augusta entrevistada a 01 de Setembro de 2017

³⁵ Mário entrevistado a 07 de Setembro de 2017

³⁶ Tomé entrevistado a 18 de Agosto de 2017

Estes entrevistados, por outro lado, assumiram ter tido experiência com a doença, trouxeram situações que apresentam o meio externo as suas residências para justificar-se. O primeiro contou-me que lhe foi diagnosticado com malária poucos dias após ter chegado de viagem de serviço a cidade de Quelimane, antes de reformar; a segunda disse que a única experiência de doença que teve neste bairro foi a do marido, mas que não sabe dizer em que momento terá contraído porque pouco fica em casa, além de ter começado a ter os sintomas da doença no seu local de trabalho.

Situações similares pude encontrar em mais dois agregados, em que num o chefe de família que tem o seu agregado de três pessoas, que são a esposa e duas filhas, contou que foi o único na sua casa a ter malária, mas que pouco acredita que terá sido picado pelo mosquito dentro de casa, alegando que o seu movimento nocturno pelas barracas terá sido o principal factor para que parasse em uma clínica por causa da malária.

Por outro lado, na casa da Maria, três pessoas do seu agregado já foram infectados pela doença, sendo seu marido e dois filhos, ela e o seu filho mais novo não foram infectados, mas no decorrer da conversa a filha que fez parte dos infectados, recordou a mãe que estava a omitir porquê, ela e o filho mais novo não tiveram o mesmo azar, é que só os três membros do agregado foram ao retiro religioso a Xai-Xai é que ficaram doentes.

Os cuidados terapêuticos que foram administrados em todos os casos que foram relatados acima, segundo estes entrevistados, foi o recurso aos serviços de saúde, em que para os dois últimos casos recorreu-se a clínicas privadas, mas os outros que entrevistei, disseram todos que em caso de doenças recorrem ao posto de saúde mais próximo, Xipamanine, onde é atendida a maior parte dos residentes da Munhuana em caso de doenças.

Em algum momento, estes, mostram que práticas terapêuticas que Maria que é esposa de um pastor e que contou ter aprendido com uma missionária brasileira, onde segundo ela, cada planta tem sua função no corpo humano, como o caso *“da folha de papaeira, é grande comprimido sabendo dar uma boa dose, sem exagerar, não levar meio copo, ferver mesmo e dar uma colherinha de chá, se é que era iniciativa de malária, parou”*³⁷.

³⁷ Maria entrevistada a 07 de Setembro de 2017

No entanto, Maria explicou que episódios recentes fizeram-lhe olhar para situação da doença e recursos terapêuticos por si conhecidos como úteis, pois teve o caso da neta como ela contou na primeira pessoa:

A última vez que percebi sintomas idênticos da malária foi bem há pouco tempo, com a minha neta, e não recorri de mediato ao posto de saúde, recordei-me que tenho usado para mim a fervura de folhas de papaeira só que em dose reduzidas e isto deu certo, não precisei mais ir ao posto de saúde. Eu acredito que as folhas de papaeira que uso quando sinto dor de cabeça, calafrio, náuseas e outros de malária têm sido solução no começo da malária, mas se já evoluiu a solução é recorrer ao posto de saúde³⁸.

Outros falaram de plantas medicinais como “*bonzana*”, as folhas de moringa e a seringueira que lhes tem ajudado a prevenir doenças, pois em qualquer mal-estar recorre a essas plantas, que são possíveis de ser encontradas em algum local. Este discurso foi aliado o protocolo básico de cuidados de higiene sanitária, a que é acoplado ao tipo de dieta que é seguida para manutenção de uma vida saudável.

Aspectos sócio-económicos que influem na vulnerabilidade dos residentes deste bairro foram repartidos, entre os que olham para estes como base, principalmente quando se trata da alimentação que ajuda no consumo de proteínas que possam ajudar a fortificar o corpo, são necessárias e nem todos têm condições, os que têm o seu sistema sanitário precário, são demonstrados por alguns como exemplo dos que não estão em condições de em caso de eclosão da cólera ou malária evitarem ser infectados.

Enquanto o jovem Tomé refuta que os padrões económicos do agregado sejam exponenciais, considerando que os cuidados de higiene sanitários não podem estar intrinsecamente ligados a isso e coloca em causa este discurso, que chega a dizer, para que a pessoa mantenha o espaço onde vive limpo e desfavorável a incubação do *anophele* depende mais da sua vontade, e as limpezas podem influenciar bastante.

³⁸ Maria entrevistada a 25 de Outubro de 2017

Redes familiares nos processos terapêuticos contra malária, são justificadas como essenciais, pois famílias da Munhuana, que são as que menos reportaram situações de infecção por malária, consideram o recurso a processos higiénicos praticáveis a todos os níveis e os diversos sistemas terapêuticos para combater doenças provocáveis pelo meio ambientes em que vivem. Esta forma de ver o contexto é base para justificar que os aspectos económicos não influem para infecção e também a premissa de que todos podem cuidar da higiene do seu lar, independentemente do seu *status* socioeconómico.

O tipo de informação que se tem das doenças provém em grande parte através dos “mídia” ou em palestras, que algumas pessoas acompanhavam nos centros de saúde, caso lá fossem por outro motivo, mas que raras vezes passam pelo bairro, das quais são principalmente sobre vacinação, que algumas dessas são feitas no espaço livre em frente à esquadra. Essas campanhas que existiram não foram, para estes, abrangentes, pois não eram informadas com antecedência e as pessoas eram surpreendidas com o acontecimento, o que não possibilitava a presença de muitos.

Esta forma de informar é repudiada, da mesma forma que é criticada a distribuição de redes mosquiteiras, em que Maria dizia que essa distribuição não é clara e que *“um e outro, aqui houve tempo que deram e que nós fomos uma das famílias que não apanhamos, não sei como fizeram para dar, enquanto tínhamos direito de receber rede”*³⁹. Houve sempre um olhar apático e duvidoso por parte dos entrevistados, quanto aos mecanismos usados para se fazer chegar os conhecimentos sobre a doença e assim também a distribuição de materiais preventivos gratuitos.

Contudo, neste processo de construção social do imaginário sobre o corpo, leva a que alguns moradores, perante inospitalidade que se encontram, a crerem que o caminho para a prevenção é a tomada de medidas com recurso a repelentes contra o mosquito, sem deixar de lado o uso de plantas como folhas de papaieira, cana-de-açúcar e folhas de kakana para o alívio da dor e resguardar o corpo do contágio.

As folhas de papaieira, na óptica da Maria, são fervidas e dadas a pessoas com febres, em uma dose regulada, a cana-de-açúcar deve ser passada ao fogo e come-se para repelir a malária, por sua vez as folhas de kakana são fervidas e tomadas para limpar o organismo, sendo que estes processos são

³⁹ Maria em entrevista a 06 de Setembro de 2017

acompanhados por conhecimento específico da devida dosagem e que não se pode exagerar ao tomá-los.

Na compreensão do corpo resguardado contra a malária é preciso analisar a construção social que se tem da doença em espaços em análise, pois o constructo de fenómenos, factos correlacionados a doenças, varia segundo o olhar do observador e do observado. Olhar do observador, científico, é referente ao seu campo de actuação. No entanto, as formas de resguardo, através da higiene *societal* e com recurso a processos terapêuticos extra biomédicos, pode servir de base para a construção do conhecimento partilhável sobre corpo e doença.

5. “Maria e Mário” suas experiências na Munhuana

Na presente analisa-se a versatilidade com que se constrói a análise sobre doença e sua prevenção naquele espaço e em que contornos acontecem, através das notas de campo, com ênfase em dois interlocutores. Estes, embora já tenham vivido experiências da malária, mostram a existência de duas formas principais de percepção da doença, por um lado, encontram-se aqueles que acompanharam o sofrimento duma pessoa próxima e, por outro lado, aqueles que foram infectados pela doença.

A forma de organização destas conversas não obedeceu a um determinado padrão, pois os trechos de conversas aqui citadas estavam relacionados com a espontaneidade do interlocutor. Por conseguinte, no princípio, o instrumento de recolha de informações estava ancorado num guião, mas com o tempo foi descartado como base para a recolha de informações, visto que o guião constituía um instrumento de recuo na recolha de informação, por isso se optou por descartar este instrumento e abriu-se espaço para uma entrevista aberta.

Nesse contexto, a base das conversas e entrevistas partiu de quatro tópicos básicos, o primeiro, tem a ver com manifestações corporais resultantes daquele ambiente, que é a Munhuana; segundo, como se construía os cuidados de saúde naquele espaço; terceiro centrou-se nos conhecimentos que os residentes tinham sobre a malária; e, por último, conhecimentos terapêuticos conhecidos por estes e sua partilha em situações de necessidades.

O ambiente das suas casas mostrava algo que parece comum naquele espaço residencial: humidade do solo ao redor das residências e a composição do quintal. Embora a maioria das casas tenha sido trabalhada com betão, nota-se a existência de plantas de um lado e uma pequena vala para escoar as águas para fora. Portanto, já se denuncia que o espaço, em certa época do ano, é propensas as inundações.

A conversa com Maria aconteceu na sua mercearia, anexa a sua casa, onde ela passa a maior parte do dia trabalhando. Nos dois dias de conversa, em certos momentos, o marido e a filha interromperam a entrevista. No primeiro dia o marido apareceu durante a conversa, embora de passagem, para despedir porque ia comprar produtos para abastecer a mercearia e, no segundo dia, esteve presente, num tempo curto, a filha que interveio na conversa.

Maria tornou-se importante por ter relatado que a história de doenças referentes ao espaço não são frequentes no seu agregado, porém há dois episódios que para ela são deslembado, em que um esteve ligado a cólera, que contou ter sido comum naquele bairro entre 1991 à 1995 e que afectou um sobrinho que vivia com ela, tendo acabado hospitalizado.

Outro episódio de 2003, adstrita à malária, afectou três membros da família, o marido e os dois filhos que com ele haviam ido a uma peregrinação religiosa a Xai-Xai, que foi de intenso sofrimento para família recordado, sendo que esta considerou que foi a fase mais dura para ela.

Outra conversa com Mário, deu-se num ambiente calmo do seu quintal. Este entrevistado narrou diversos aspectos relacionados a sua estadia neste bairro. A sua vinda a Munhuana, em 1989, esteve directamente ligada à guerra civil que afectou Moçambique. Após o fim da guerra, não regressou para Khongolote, porque já havia adquirido a sua moradia, espaço esse que ocupa até hoje.

No que toca a experiência de doença, concretamente malária, Maria revelou que, no seu agregado não é uma doença comum e que só se recorda de uma vez ter afectado a sua família. Mas ela não foi vítima desta e ela é que teve que cuidar dos três membros do seu agregado que padeceram desta enfermidade. Embora vivam a poucos metros de distância, situação contrária foi possível notar num outro agregado em que só Mário contraiu malária.

Ao se falar da existência de factores para infecção, Mário minimizou considerando que a picada do mosquito que existe no bairro não contaminava com malária e que os mosquitos que ali existem são inofensivos ou não têm o parasita que transmite essas doenças. O que serviu de resposta para Mário, ao lhe questionar sobre a sua infecção pela malária respondeu espantado *“malária, aqui no bairro! Temos muitos mosquitos, mas em termos de malária não sofremos muito, mesmo em termos de cólera, já tivemos poucos casos, mas não é frequente”*⁴⁰.

Este procurou associar a sua infecção a situação passada, há mais de cinco anos, em que para ele não fazia ideia do ano exacto, mas por ter sido o único no seu agregado a infectar-se com a doença, empurrou-a para sua desprevenção em momentos de lazer com amigos em algumas barracas longe

⁴⁰ Mário entrevistado a 07 de Setembro de 2017

de casa e que isso terá contribuído para sua mudança de comportamento, evitando expor-se nas noites em lugares abertos e propensos a picada do mosquito.

Para estes interlocutores, a justificação para que a doença nos seus agregados é passada para um espaço fora do seu bairro, em que os infectados contraíram a doença fora do seu espaço residencial, denota a existência de outros tipos de doenças e não malária.

Todavia, na procura de entender as experiências corporais que estavam ligadas a manifestações da malária em contextos inóspitos, como estes lidavam com as doenças que são tendentes para aquele tipo de condições a que estão submersos, estes procuraram de forma clara mostrar que as situações pelas quais terão afectado alguns membros das famílias estravam a quem do espaço onde habitam.

Maria, quase chorando, revelou que a experiência de dor perante uma determinada doença afectava todo seu corpo, que embora ela não tivesse sofrido de malária, quando teve de levar a filha ao centro de saúde da Polana Caniço, a dor ressentiu-se em si, principalmente o comportamento corporal, que nas suas palavras contou que *“quando a médica me perguntava se a menina é assim deficiente, eu ficava mais nervosa e respondia que não natureza dela, ela nasceu normal e caiu-me lágrima sem aperceber, estava no hospital”*⁴¹.

A forma de encarar a doença ou experiências de lhe dar com a doença, também, é refelexo da aflicção porque se passa perante a esta, como Maria relatou que no momento em que: *“estavam todos piores e precisava paciência para cuidar de todos, porque eu tinha que acordar preparar sítio para que eles ficassem a descansar, tinha que acender lenha para preparar coisas para comerem, e volta e meia um dizia que não e ia comer por lhe faltar apetite”*⁴².

O significado que se dá ao estar doente faz parte da forma como estes constroem o seu imaginário do corpo em contexto de doença, em que é importante ver que há um reconhecimento de qualquer enfermidade é natural para o corpo humano, mas que nos tempos de aflicção não é só vista como uma preocupação para a família envolvida, mas pode ser pensada como originada pelo feitiço como nos revela Maria, quando a perguntamos sobre o sentido que teve a doença da sua filha.

⁴¹ Maria entrevistada a 06 de Setembro de 2017

⁴² Maria entrevistada a 06 de Setembro de 2017

A reacção do organismo mais estranha por malária foi desta minha filha que já estava para ficar deficiente, os outros só ficaram abatidos e tive que lhe levar ao hospital, ficaram de baixa mas não teve significado nenhum, como nós somos crentes, acreditamos muito que era doença, acredito muito que se fosse uma pessoa que eu penso que hummmm, ‘deve vá loyile nwa nanga’ mas nem apareceu isso, eu só orei em nome Jesus que a minha filha estaria curada e ficou curada⁴³.

Enquanto por seu lado, Mário, dá significado simples à sua infecção pela malária e a presença do mosquito, associado ao comportamento grupal e individual que para si disse estar ligado ao consumo excessivo do álcool, que no seu testemunho disse: “*eu andava beber maningue cerveja, mas a partir dai que parei prontos estou sem problemas assim já não tenho sofrido tanto de malária*”⁴⁴.

No entanto, Mário ainda considerou que o efeito do álcool teria sua influência porque os sintomas de muitas doenças podem ser confundidos com os efeitos secundários do que este diz ser “*a bebedeira também é traiçoeira, as vezes é preciso ter alguns intervalos sem beber porque a bebida esconde a doença, por vezes você bebe e não sente sintoma de nada e as vezes pensa que é “babalaza” enquanto já é doença*”⁴⁵.

É preciso entender que o significado que é dado à doença varia da perspectiva, onde para uns em tempos de aflicção está ligada aos principais sintomas que a doença manifesta, pois embora todos os conheçam uma nova forma desta manifestou-se pode trazer uma interpretação diferente. Sendo que os principais sintomas foram referidos como dor de cabeça, às vezes perde de apetite, calafrio e outros.

A questão relacionada ao que se pensa do tipo de reacção que esta doença provoca, levou a centrar-me nos conhecimentos ou não da sua manifestação, visto que Maria falou da filha ter tido uma reacção corporal diferente da infecção por malária. O que para tal mostraram ter consciência dos vários sintomas desta doença.

⁴³ Maria entrevistada a 06 de Setembro de 2017

⁴⁴ Mário entrevistado a Setembro de 2017

⁴⁵ Mário entrevistado a 07 Setembro de 2017

No que diz respeito aos sintomas, o que foi comum é a falta de apetite, dores nos membros principalmente os joelhos, náuseas, calafrios e, por vezes, enjoos como foi identificado por estes. Porém, aliaram isto à presença do mosquito e condições do meio degradadas, sobre as quais eles lutavam para que os seus lares não se tornem foco desta doença.

No entanto, os dois acrescentaram, ainda, que o bairro terá aprendido muitos cuidados para com o corpo e saneamento do meio, pelo que se tornou hábito nos últimos anos existirem jornadas de limpezas nas ruas para que no seu habitat não seja passível a doença diarreicas e a malária. Esta forma de pensar a prevenção baseada na limpeza, feita individualmente ou em grupo mostra existir entre estes moradores conhecimentos que os ajudam a combater algumas doenças a par das ideias construídas de não existência da malária e que os mosquitos que lá existiam não contaminassem.

Conhecimentos que se tem de processos terapêuticos para tratar diversas doenças também são importantes na prevenção da malária e outras doenças, pois Maria e Mário revelaram em caso de mau estar recorrerem a outras formas, parte do sistema de saúde estatal ou biomédico. Esses conhecimentos provêm de diversos recursos, sendo que para Maria terá sido transmitida isso por uma missionária brasileira que veio a sua igreja, ensinar matérias de cuidados de saúde e uso de plantas para tratamento e prevenção de algumas doenças.

Por conseguinte, o recurso a plantas e raízes para tratar e prevenir de algumas doenças é seguido por alguns moradores incluindo estes dois, onde Maria que é esposa de um dos líderes da igreja evangélica diz ter passado a ser útil para dia-a-dia e que passou a os partilhar com os seus próximos.

Por seu lado, Mário relatou, sem muita certeza, que em caso de alguns mal-estares se pode recorrer à papaia verde, a cana-de-açúcar, cana-de-açúcar depois de passada a parte externa ao fogo e que também havia ouvido falar de processo curativos de *Bonzana* e de *Siringueira* quando fervida e planta de espinhosa, que também ajudavam a melhorar mas que em poucas situações tivesse recorrido a plantas.

No entanto, Maria referiu ainda que estas práticas de cura são benéficas por não trazerem efeitos colaterais como os fármacos biomédicos, sendo que para pequenos sintomas de mal-estares, segundo ela no seu relato reage rápido:

Eu quando percebo sintomas de próprios de malária, antes de piorar faço àquilo que eu já disse, fervo da água de papaieira ou água de Kakana também ajuda. O melhor mecanismo para combater malária é usar rede, acho desde que a gente começamos a ter rede ninguém ficou doente, e apesar de outros serem teimoso e dizer mãe ‘eu não gosto de rede não dá’, mesmo vizinhos depende de rede embora. Eu acredito que a rede tem ajudado muito, porque mosquito que te ataca bem e que dá malária acredito que te pica quando estás a dormir⁴⁶.

O uso de plantas vem, desta forma, mostrar que a assunção de não existência de doenças ou a sua invulgaridade neste bairro, também pode estar ligada a procura de cura em sistemas que não são do alcance da biomedicina que recorre a processo de análise laboratorial para diagnóstico de doenças.

A forma que se pensa os cuidados de saúde para Maria e sua família é extensa, mas do que simples problemas de saúde normalizável, onde a malária é considerada por esta como uma doença perigosa e que no bairro, para si, existem mais doenças como constipações, febres e outras que podem ser cíclicas, mas a cólera e malária podem ser resumidas a inexistência de cuidados inerentes à prevenção a nível de higiene familiar conducente a boa saúde.

Dessarte, as suas opções de gestão de doença centram-se em nível da prevenção e protecção familiar que passa pela organização da sua casa com finalidade preventiva como *“quando se trata da minha família tenho feito o que me é possível para salvaguardar a minha família, com a prevenção que é feita aqui não tenho tido malária, tenho tido outro tipo de doenças menos essa”*⁴⁷.

As abordagens que estas duas formas de pensar o espaço e saúde são simples exemplos da forma em que se constrói o imaginário social sobre cuidados e prevenção a doenças, a partir daí criando hábitos que levam a coabitação com as adversidades do espaço que as pessoas em que as pessoas vivem e realizam-se.

⁴⁶ Maria entrevistado a 06 de Setembro de 2017

⁴⁷ Mário entrevistado a 07 de Setembro de 2017

6. Considerações Finais

Neste trabalho, onde tratámos das experiências sobre o corpo num contexto de saúde e doença, a partir do qual os meus entrevistados consideraram e que foi possível observar o espaço em que se encontram, que o viver naquele espaço os levou a reconfigurar a forma de lidar com espaço e as adversidades que este lhes proporciona. Portanto, durante minhas visitas à Munhuana pude ver as experiências de doenças neste espaço.

O contexto em que acontecia a produção de dados, levou a analisar para àquilo que as proporções de infecções por malária a nível do Nhlamankulu, o que mostrou uma representação de existência de poucos pacientes registrados vindos do bairro da Munhuana, o que leva a concluir que as experiências que ouvi no campo, que se referiam a inexistência de picadas de mosquitos eram em parte resultados destes saberes lidar com este espaço, o que reflecte duas situações: a primeira seria que estes residentes se teriam adequado o suficiente para superarem as adversidades do sítio e o segundo seria o recurso a outros sistemas terapêuticos não reconhecidos pelo sistema biomédico.

O lugar de pesquisa, por seu lado, mostrou que o corpo como o espaço físico e social é um lugar de experiências, em que concluí na minha observação que as experiências dos que habitam nesses espaços são multifacetadas consoante o contexto, mas que em nenhum prisma pode se separar o corpo em físico ou social e que este só existe em consenso, pois o físico reflete no social e o social reflete o físico.

Ao abordar o corpo à luz da teoria construtivista da realidade, que assume o corpo como construção social, permitiu ver, neste estudo, que os residentes da Munhuana constroem os seus corpos e as suas vidas de forma a adequarem-se ao contexto em que se encontram e, resguardam-se de doenças que podem surgir devido ao saneamento do meio. Através de mecanismos por si adoptados para que isso aconteça, o que contribui para sua permanência naquele espaço.

A vivência neste espaço tem obrigado à tomada de medidas, mais assertivas, para controlar o foco de mosquito e, consecutivamente, evitar a eclosão da malária. Este processo mais assertivo mostra claramente que, concordando com os residentes, a sobrevivência a este ambiente inóspito levou-os a reconfigurarem a sua forma de estar e cuidar dos seus corpos, tornando-o socializável ao contexto, de modo a superar as dificuldades existentes para manterem-se saudáveis.

Assim sendo, e parafraseando Synnot (1992), posso concluir que a construção do corpo não reflecte apenas o físico, o social e o valor cultural dos indivíduos, mas também tem abrangência na subcultura específica deste, onde este pode ser concebido segundo a percepção de cada indivíduo e como o corpo é por si tratado, o que leva a considerar que este significa imensas coisas para indivíduos diferentes, em esferas diferentes, com suportes específicos para cada um deles e com âmbito social próprio, que se torna relevante para discutir o corpo em questões de saúde e doença.

Contudo, o pensar nesta construção social do imaginário sobre o corpo conduziu a fazer uma leitura na crença que os moradores têm, de que o caminho para não se contagiar pela malária são medidas preventivas, baseadas no recurso a repelentes contra o mosquito e também no uso de plantas, como o caso da folha de papaieira, cana-de-açúcar e folhas de *kakana* para o alívio da dor e para o resguardo.

É importante realçar, que nos dias que observei e conversei na Munhuana, foi possível perceber que muitos residentes construíram a sua forma de viver e que não se importavam com a presença do *anopheles*, mas, que acreditavam que não era causador da malária, pois, para eles “*não há malária aqui*” e o “*mosquito daqui não provoca malária*”, o que se torna pretexto para que o seu foco seja o combate à entrada deste nos seus lares, através das diversas formas por eles conhecidas.

No concernente à socialização do corpo, revelam-se múltiplas formas para esta acontecer, que partia da forma de lidar com o espaço de vivência, a dieta e determinados processos terapêuticos e outros. No entanto, o importante que se pode concluir é a socialização e a sobrevivência a todas as situações que o corpo estiver submerso.

No entanto, é preciso ver que a perspectiva integrada, que leva a uma nova discussão das diversas doenças que vão afectar o corpo em diversos contextos, principalmente na pobreza, tornará possível a discussão de forma generalizada, onde a base é a maior tendência para conhecimentos terapêuticos, provenientes dos países do ocidente, mas que o pluralismo terapêutico que é usado por diversas sociedades é passível de ser partilhados e ser reconhecidos como conhecimentos medicinais revestidos de certa importância.

Estas ferramentas terapêuticas, associadas à outros processos de resguardo, encontradas no campo de pesquisa, mostram que o corpo ao ser construído em interacção com o contexto próprio, em que

a doença pode acontecer, toma um processo longo de gestão de saúde, onde é possível conceber que o corpo se adequa a um determinado contexto para sua sobrevivência.

A ideia de existência de agentes externos ao corpo (bactérias e parasitas), que era base para considerar Munhuana espaço inóspito, que podem afectar corpo e que tornam esse lugar propenso à eclosão de doenças como diarreias, malária, cólera e bilharziose, acabou por se notar contrária, pois, certos corpos vivem neste local e gerem as suas vidas de forma a superar obstáculos que seriam recorrentes a este.

É preciso pensar que onde a malária pode levar aos recursos terapêuticos não aceites pela biomedicina, abre-se espaço social, interacção e expressão de significados culturais e sociais grupais, que são determinantes no processo de análise de como a sociedade resguarda o corpo das diversas enfermidades. Esta interacção social permite construir-se uma forma de coabitar nestes espaços de modo a resguardar-se.

Todavia, há que apreender que diversos processos sócio-culturais que se versam sobre determinados contextos, auxiliam na interpretação do metamorfosear físico do corpo a partir dos fenómenos sociais, segundo a necessidade deste, que se encontra numa situação versátil à sua realidade, mas que acaba por se adaptar e superar os limites naturais da sua capacidade, como condição basilar para que estes permaneçam vivos neste contexto.

Consequentemente, é necessário que se perceba que a compreensão do corpo resguardado contra a malária passa pela análise de como ele é construído segundo o contexto, por existirem múltiplos factores que estes se correlacionam. Mas também, o olhar do observador, sobre o qual interpretei que os factos ligados às experiências e concepção de vida perante a doença são capazes de construir o imaginário de não infecção por determinadas doenças, serve-se dessa base para a construção do conhecimento que se partilha com a sociedade sobre corpo e doença.

Referências

Amadauny, V, M. 1997. The Campaign against Malaria in Transjordan, 1926-1946: Epidemiology, Geography and Politics. In *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 52(4). London: Oxford Press University, Pp 453-484

Armstrong, David. 1994. Bodies of Knowledge in: *Reassessing Foucault Power, Medicine and the Body*. London: London and New York Routledge. Pp. 17-27.

Arroz, J. 2016. Aumento de Casos de Malária em Moçambique 2014: Epidemia ou novo padrão de endemicidade. *Revista de Saúde Pública*. 50 (5).

Berger, L; Luckman, T. 2003. *A Construção Social da Realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento*. 23 ed. Floriano de Sousa Fernandes (trad). Petropolis: Vozes

Barker, K. K. 2014. The Social Construction of Illness: Medicalization and Contested Illness. Chloe, E. at al. *Handbook of Medical Sociology*. Nashville: Vanderbilt University Press

Bernard, H. R. 2011. Sampling III: Nonprobability Samples and Choosing Informants. In *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Fifth edition. Oxford: Altamira Press. Pp. 143- 155

Bourdieu, P. 2002. Uma imagem ampliada. In: *A Dominação Masculina*. Maria Helena Kuhner (trad). Rio de Janeiro: Bertrand.

Comaroff, J., 1985, *Body of Power, Spirit of Resistance: The Culture and History of a South African People*. Chicago: University of Chicago Press.

_____ 1993. The Diseased Heart of Africa: Medicine, colonization, and the Black Body. In: Baum, Linden; Shirley; Lock, M. (Eds). *Knowledge, Power & Practice: The Anthropology of Medicine and everyday Life*. Berkeley: University of California Press

Costa, G. M. C. & Gualda, D. 2010. Antropologia, Etnografia e Narrativa: Caminhos que se Cruzam na Compreensão do Processo Saúde e Doença. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. V. 17 (4). Pp. 925 – 937

Csordas, T., 1990, "Embodiment as a Paradigm for Anthropology", *Ethos*, 18 (1): 5-47

_____1994. Introduction: the Body as Representation and being-in-the-world. In: *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Self and Culture*. Cambridge: Cambridge University Press.

Das, Ashis; Ravindran, T. K. S. 2011. *Community Knowledge on Malaria among Febrile Patients in an Endemic district of Orissa, India*. J. Vect Born Dis, 48, Pp. 46 - 51

Dgedge, M. et al. 1999. *Avaliação dos Conhecimentos, Atitudes e Práticas das mães em relação a malária na zona suburbana da cidade de Maputo*. Maputo: UEM, Partes 1 e 2. UEM

Delmouzou, E. Re-examining the Madicalisation Process. In: Johannessen, H. & Lázár, I. (eds) *Multiple Medical Realities: Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*. New York: Berghahn Books

Dugas, M; Dubé, E; Bibeau, G. 2009. Translating Malaria as Sumaya: Justified Convention or Inappropriateness? *Anthropology & Medicine* 16(3), Pp 307-319

Follér, M. 2004. Intermedicalidade: A Zona de Contacto Criada por Povos Indígenas e Profissionais de Saúde. In Langdon, E. & Garnelo, L (org). *Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre a Antropologia Participativa*. Rio de Janeiro: ABA. Pp 129-147

Foucault, Michel. 1987. *Vigiar e punir. O nascimento da prisão*. 20. Ed. Raquel Ramallete (trad), Petrópolis: Vozes

Geertz, C. 1998. Verso Una Teoria Interpretativa della Cultura. In *Interpretazione di Culture*. Colana: Mulimo

Gleyse, J. 2012. The Machine Body Metaphor: From Science and Technology to Physical Education and Sport, in France (1825 – 1935). *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. Pp. 1 – 8

Giddens, Anthony. 1991. *Modernidade e Identidade pessoal*. Oieras: Celtas

_____. 1992. *The transformation of intimacy: Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Cambridge: Polity

Giglio –Jacquemot, A. 2005. A produção Antropológica sobre Articulação Saúde, Religião e Corpo: Conquistas, Ressalvas e Perspectivas. In *Ilha: Revista Antropológica*. Pp. 113-124

- Goldman, M. 2006. Alteridade e Experiência: Antropologia e Teoria Etnográfica. *Etnográfica* Lisboa: CRIA. V. 10 Pp 161-178
- Granado, S. et al, 2009. The Moment of Sale: Treating Malaria in Abidjan, Côte D'Ivoire. *Anthropology & Medicine* 16 (3), Pp 319-331
- Hacking, Ian. 1999. *The Social Construction of What?* Massachusetts: Harvard University Press
- Herzlich, Claudine. 2004. Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (2): 383-394
- Hausmann- Muela e Ribeira. 2011. The Straw That Breaks the Camel's Back: Redirecting Health-Seeking Behavior Studies on Malaria and Vulnerability. *Medical Anthropology Quarterly* 25 (1), Pp 103 – 121
- Hausman – Muela, S; Ribeira, J; Tanner, M. 1998. Fake Malaria and Hidden Parasites – Ambiguity of Malaria. *Anthropology & Medicine* 5 (1), Pp 43 – 61
- Launiala, A. & Marja – Lisa Honkasalo, Malaria, Danger and Risk Perceptions among the Yao in Rural Malawi. *Medical Anthropology Quarterly* 24 (3), Pp. 399-420
- Libinga, L. 2011. Malária: Das representações Sociais à Lógicas Terapêuticas nas Zonas Urbanas: Estudo de caso no bairro de Maxaquene- Cidade de Maputo no período 2010-2011. (Monografia para obtenção do grau de licenciatura parcial em Sociologia) Maputo: UEM
- Lieban, R. W. 1977. The Field of Medical Anthropology. In David Landy (ed). *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan. Pp. 13-31
- Lock, M. & Scheper-Hughes. 1996. 'A Critical Approach in Medical Anthropology: Routines of Discipline and Dissent. In C. F. Sergent and T.M. Johnson (eds). *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*. Westport: Praeger. Pp. 41-70
- Macete, Eusébio V. 2001. *Promoção de estratégias comunitária para prevenção e tratamento no domicílio da malária na prevenção da Zambézia, 1999 -2001*. Maputo
- Madden, Raymond. 2010. *Being Ethnographic: A Guide to the Theory and Practice of Ethnography*. London: Sage
- Marconi, M. & Lakatos E. M. 2007. *Fundamentos de metodologia científica*, São Paulo: Editora Atlas

- Mauss, M. 2001. *Ensaio sobre Dádiva*. Lisboa: Edições 70
- Merleau-Ponty, M. 2015. *Fenomenologia da Percepção*. Carlos A. R. De Moura (trad). São Paulo: Martinsfontes
- Mussá, J. 2004. *Malária: Percepções e Procura de Cuidados de Saúde – O Caso da Cidade de Maxixe, Inhambane*. (Monografia para obtenção do grau de licenciatura parcial em Antropologia) Maputo: UEM
- Notícias, 2016. *Bairro da Munhuana: Saneamento do meio inquieta os moradores*. Disponível em: <http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/capital/52747> acessado a 12 de Dezembro de 2017
- Packard, Randall. 1984. Maize, Cattle and Mosquitoes: The Political Economy of Malaria Epidemics in Colonial Swaziland. *In The African Journal of History*. V. 25 (2). Pp. 189-212. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/181318> acessado a 06 de Junho de 2016
- Prasad, P. 2005. Narratives of Sickness and Suffering: A study of Malaria in South Gujarat. *Sociological Bulletin*. V. 54 (2). Pp. 218-237
- Pool, R. et al. 2006. Community Response to Intermittent Preventive Treatment Delivered Infant (IPTi) Through the System in Manhica, Mozambique. In: *Tropical Medicine and International Health*. V. 2 (2). Pp. 1670 -1678
- PNCM. 2017. *Malaria Strategic Plan 2017-2022*. Maputo: MISAU
- Reinhardt, B. 2014. Poder, História e Coetaneidade: Os Lugares do Colonialismo na Antropologia sobre África. *Revista de Antropologia*. São Paulo: Usp. V 52 (2). Pp 329 -375
- Rodrigues, C. F. 2010. Estratégias Leigas de Gestão Terapêutica da Malária em Moçambique: Estudo Qualitativo na Cidade Chókwe. In *Pluralismo Médico: Perspectivas Utilitárias En La Interaccion entre Medicina En África*. V. 40. Lisboa: CIES. Pp. 1-7
- Sequeira, Ana R. S. 2016. Interpretações Locais sobre a Malária e os Discursos sobre os Provedores Tradicionais de Cuidados de Saúde no Sul de Moçambique. In: *Saúde Soc*. V. 25 (2). Pp. 392-407
- Sheper-Hughes, Nancy. 1992. *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkely: University of California Press. Pp. 128-166.

Singer, M. 1990. Reinventing medical Anthropology: toward a critical. In: *Social Science & medical*. V. 30 (2). Pp. 179-187

Synnott, Anthony. 1992. Tomb, Temple, Machine and Self: The Social Construction of the Body. In *The British Journal of Sociology*. V. 43 (1), Pp. 79 – 110

Turner, Terence, 1994, "Bodies and Anti-Bodies: Flesh and fetish in Contemporary Social Theory", in CSORDAS, T., org, *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Self and Culture*. Cambridge: Cambridge University Press.

Yadav, S.P.; Kalundha, R.C.; Sharma, R. C. 2007. *Sociocultural factor and Malaria in Desert Part of Rajasthan, India*. J. Vect Born Dis 44, Pp. 205 - 212

Vale de Almeida, Miguel. 1996. Corpo Presente. In *Corpo Presente: Treze Reflexões Antropológicas sobre o Corpo*. Oiras: Celta. Pp. 1-22

_____. 2004. O corpo na teoria antropológica. In *Revista de Comunicação e Linguagem*, 33: 49-66.

Verdade 2010, *Saneamento ainda é um problema complicado*. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/vida-e-lazer/36/10394> acessado a 16 de Dezembro de 2017