

**CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**



Tazi Nimi Maria Maghema, Março, 2004

**SIGNOS, SIGNIFICADOS E AÇÕES ASSOCIADOS À ESQUISTOSSOMOSE
HEMATÓBICA NO BAIRRO SASSACÁRIA, BENGÓ – ANGOLA/2004**

**SIGNS, MEANINGS AND ACTIONS ASSOCIATED TO HAEMATOBIIUM
SCHISTOSOMIASIS IN SASSACARIA, BENGÓ – ANGOLA/2004**

AUTORA: TAZI NIMI MARIA MAGHEMA

**BELO HORIZONTE
ABRIL/2005**

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR

M188s
2005

Maghema, Tazi Nimi Maria

Signos, Significados e Ações associados à esquistossomose hematóbica, no bairro Sassacária, Bengo-Angola-2004/ Tazi Nimi Maria Maghema. – Belo Horizonte: Centro de Pesquisa René Rachou/Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica, 2005.

Total de folhas pré-textuais XVI, Total geral de folhas 97f.

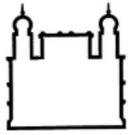
29,7 x 21,0 cm

Bibliografia: f. 56-66

Dissertação (mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação no Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz.

1. Esquistossomose hematóbica 2. Signos, Significados e Ações
3. Sassacária 4. Bengo 5. Angola I. Título. II. Demicheli, Maria Elizabeth Uchôa de Oliveira (orientadora). III. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Co – orientadora)

CDD – 22. ed. – 616.963



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**SIGNOS, SIGNIFICADOS E AÇÕES ASSOCIADOS À ESQUISTOSSOMOSE
HEMATÓBICA NO BAIRRO SASSACÁRIA, BENGU – ANGOLA/2004**

Autora: Tazi Nimi Maria Maghema

DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE EM CIÊNCIAS DE
SAÚDE NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE
COLETIVA – ANTROPOLOGIA MÉDICA

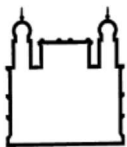
Orientadora: MARIA ELIZABETH UCHÔA DEMICHELI

Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica/ CpQRR

Co - Orientadora: JOSÉLIA OLIVEIRA ARAÚJO FIRMO

Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica/ CpQRR

ABRIL/2005



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Dissertação intitulada:

**SIGNOS, SIGNIFICADOS E AÇÕES ASSOCIADOS À ESQUISTOSSOMOSE
HEMATÓBICA NO BAIRRO SASSACÁRIA, BENGU – ANGOLA/2004**

Apresentada por:

TAZI NIMI MARIA MAGHEMA

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^ª Dra – MARYLIN K. NATIONS

Prof^ª Dra – CELINA MARIA MODENA

Prof^ª Dra – MARIA ELIZABETH UCHÔA DE OLIVEIRA DEMICHELI

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus Todo Poderoso que é a razão da minha existência

Ao meu esposo Cristóvão, um carinho especial por ter dividido comigo as responsabilidades desta etapa de vida, assumindo as com muito amor durante a minha ausência.

À minha filha Mimita e à minha sobrinha Belinda por dividirem as vossas tarefas, cuidando dos vossos irmãos mais novos dos afazeres domésticos, durante a minha ausência com amor. O meu muito obrigado.

Aos meus filhos Mauro, Gerson e Júnia, com muito carinho.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos, ao Diretor do Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Dr. Roberto Sena Rocha, por ter aberto a porta para mim.

À Dra. Virgínia Schall, Coordenadora do curso de pós-graduação em Ciências de Saúde, pelo apoio irrestrito.

À Fapemig, pelo suporte financeiro durante a minha formação.

Ao Laboratório de Esquistossomose por me ter despertado a paixão pela esquistossomose

Ao Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica, pelo carinho e ajuda sempre presente.

À minha Co-orientadora Josélia Firmo, pela sua prontidão e o consolo, nos momentos de angústia durante a realização deste trabalho.

Ao Sérgio Peixoto, meu colega do laboratório, o meu muito obrigado pela ajuda que sempre disponibilizou, deixando muitas vezes os seus afazeres, para me socorrer.

À Maria das Graças pelo resumo em inglês e ao Loyola, pela revisão do trabalho.

Aos meus colegas Sandra e Hugo.

À todos os meus professores do mestrado e ao pessoal da secretaria acadêmica da pós-graduação.

Aos meus colegas do mestrado 2003, fazendo parte do grupo pioneiro do mestrado em CpQRR, muito obrigada pelo carinho e companhia.

À dona Edite que sempre abriu a sua porta para me receber em Teófilo Otoni, e fez-me tomar parte da sua família.

À Comunidade de CPQRR, pelo carinho no vosso olhar, no vosso falar, deu-me a comodidade de me sentir em casa.

À Segemar, bibliotecário do Centro de Pesquisas René Rachou, pela prontidão e bom humor na busca das referências bibliográficas.

À comunidade angolana residente em Belo Horizonte, o meu muito obrigado, pelos momentos de lazer proporcionados, lembrando a nossa terra.

Ao Professor Francisco Gil, pelo apoio sempre presente quando necessitei durante a minha estadia em Belo Horizonte e pelo socorro em vários momentos da minha *“pouca experiência em informática”*, e pela elaboração do material áudio visual para a apresentação deste trabalho.

À todos os meus amigos brasileiros, a vossa simpatia foi a minha força.

Meus sinceros agradecimentos ao Governo da República de Angola, por me ter concedido essa saída.

Meus agradecimentos, à Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, por me ter apoiado durante toda a minha formação.

Ao chefe do Departamento de Ensino e Investigação de Saúde Pública, da Faculdade de Medicina, o Prof. Dr. Carlos Alberto Pinto de Sousa, que tornou possível essa realização.

Ao Prof. Dr. Pedro Kitoko, por ter me ensinado o caminho certo a trilhar na minha vida e pelas sugestões na realização deste trabalho.

Ao colega, Dr. Pedro Manuel de Oliveira, pela batalha junta para a realização deste sonho.

Ao Dr. Pedro, chefe do Programa Nacional de Controle de Schistosomíase (Angola), pelo material bibliográfico disponibilizado e pela partilha de opiniões sobre esquistossomose em Angola.

Ao colega, Dr. Francisco Xavier Sanhangala, pelo apoio logístico e a minha estadia no Centro de estágio do Bengo.

Às estudantes finalistas do curso de medicina, Filomena e Isabel na realização desse estudo.

Aos trabalhadores do Centro de Estágio do Bengo, pelo carinho e respeito durante a minha estadia e a Ana pelos pratos deliciosos que sempre proporcionou durante a minha estadia na província do Bengo.

Ao nosso motorista, “Tio Santos” e o nosso tesoureiro “Augusto”, um abraço especial.

À população de Sassacária por ter tornado esse sonho real.

À casinha do **The Way**, pelo suporte espiritual, moral, material e financeiro.

À minha mãe, minhas irmãs, meus irmãos e sobrinhos, muito obrigada.

À todos que duma maneira direta ou indireta contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A realização de um sonho é sempre árdua, principalmente quando não temos experiência nem possuímos ferramentas para o efeito. E a conclusão de um trabalho acadêmico, dá-nos a oportunidade de fazer uma retrospectiva e reconhecer o carinho das pessoas que nos cercaram, que contribuíram de corpo e alma e que passaram os seus ensinamentos para que o sonho fosse efetivo.

Nesse momento de alegria, gostaria de agradecer especialmente à minha orientadora, Profa. Dra. **Maria Elizabeth Uchôa Demicheli**, pela forma ousada e brilhante que direcionou esse trabalho, mesmo estando eu longe, esteve sempre presente.

Professora, os seus ensinamentos, no gabinete do 6º andar, realizaram a minha paixão que é **a pesquisa**. Eu me lembro de cada palavra sua, naquele gabinete e a sua forma de ensinar levantou uma paixão enorme pela antropologia médica e tomou conta da minha circulação.

Professora, a única forma de recompensar tudo aquilo que fez por mim, é colocar os seus ensinamentos em prática. É uma dívida que levo comigo. Muito obrigada, minha mestre.

Nesse momento, não quero esquecer o Prof. Dr. **Rui V. Pinto**, pela ajuda, durante toda a minha estadia no Brasil.

EPÍGRAFE

Dizem que loucos são os que partem antes mesmo de uma chegada ou que aceitam o fim antes de um começo ou desistem da batalha sem ao menos lutar.

Pois, a vida é feita de vitórias e derrotas constantes. E o maior troféu é saber que pelo menos tentamos e a maior vitória, é não desistir no meio do caminho, diante do primeiro obstáculo.

É que basta crer para vencer e as armas necessárias, são aquelas que você possui que é a inteligência, a educação, a persistência, junta com a força de vontade.

(Autor desconhecido)

RESUMO

A esquistossomose é endêmica em 13 das 18 províncias de Angola o que corresponde a 72,2% do território nacional (RELATÓRIO do MINSA, 2001). Não há dúvida sobre a dimensão do problema em termos de saúde pública, entretanto o grande desafio é o desenvolvimento de intervenções adequadas para enfrentá-lo. Vários autores enfatizam a necessidade de enraizar as ações educativas e o planejamento em saúde em um conhecimento prévio dos fatores sociais e culturais que influenciam a aceitação e participação das populações em um determinado programa. No presente estudo, utilizou-se a abordagem antropológica para investigar as maneiras de pensar e de agir associadas à esquistossomose hematóbica pela população residente no bairro Sassacária, província do Bengo-Angola e com base nessa investigação identificar elementos que possam orientar uma ação educativa na comunidade. A coleta e análise dos dados basearam-se no modelo de Signos, Significados e Ações elaborado por Corin et al. (1989, 1990, 1992^a, 1993b) que foi instrumentalizado através de entrevistas semi-estruturadas. Foram entrevistados 45 informantes chave selecionados entre os habitantes locais. A análise do conjunto de entrevistas nos colocou frente a uma rede cultural de significados interligando idéias sobre manifestações, gravidade, causas e tratamentos e configurando *maneiras típicas de pensar e agir* frente à esquistossomose hematóbica. Ela apontou também a necessidade de implementação de programas educativos junto à comunidade estudada e, ao revelar um universo de maneiras típicas de pensar e agir dessa comunidade, apontou também algumas diretrizes para a construção desses programas.

Palavras-Chave: *Signos, significados e Ações, esquistossomose hematóbica, Sassacária, Bengo, Angola*

ABSTRACT

Schistosomiasis is endemic in 13 among the 18 countries in Angola, which corresponds to 72,2% of the national territory (MINSa report, 2001). Although there is no doubt about the relevance of the problem in terms of public health, the great challenge is the development of adequate interventions to confront the problem. Different authors emphasize the need of basing educational actions and health planning on previous knowledge of social and cultural factors that influence the acceptance and the participation of the population in a certain program. The present study used an anthropological approach to investigate the ways of thinking and behaving associated to haematobium schistosomiasis among the residents of Sassacária, province Bengo-Angola, and to identify elements that could orientate an educational action in the community. The collection and the analysis of data were based on the model of *Signs, Meanings and Actions* elaborated by Corin et al. (1989,1990,1992a,1992b) and instrumentalized by means of semi-structured interviews. 45 key informants were selected among the local inhabitants. The analysis of the interviews led us to a cultural chain of meanings linking ideas about episodes, degrees, causes and treatments of the disease and configuring typical manners of thinking and acting towards haematobium schistosomiasis. The analyses also showed the need of implementing educational programs in the community, as well as it pointed out some directions for the construction of these programs when it unveiled a universe of typical manners of thinking and acting in the community.

KEY WORDS: *Signs, Meanings and Actions, haematobium Schistosomiasis, Sassacaria, Bengo, Angola*

LISTA DE QUADROS

NÚMERO	TÍTULO	PÁGINA
1	Familiaridade da população estudada com a samba -----	25
2	Signos de Início referidos pelos informantes -----	26
3	Signos associados ao diagnóstico -----	30
4	Idéias sobre o tratamento -----	37
5	Percepção sobre a reinfeção -----	41

LISTA DE ANEXOS

NÚMERO	TÍTULO	PÁGINA
1	Roteiro utilizado na delimitação do campo semântico	67
2	Roteiros utilizados nas entrevistas	68
3	Lista de Categorias utilizadas no trabalho	78
4	Mapa de Distribuição de Schistosomíase em Angola	80
5	Mapa de Esquistossomose hematóbica no Bengo	81

LISTA DE ABREVIATURAS

PNCS: Programa Nacional de Controle de Schistosomíase

AIDS: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

MINSA: Ministério da Saúde/Angola

DTS: Doença de Transmissão Sexual

OMS: Organização Mundial de Saúde

CPQRR: Centro de Pesquisas René Rachou

FNUAP: Fundo das Nações Unidas para a População

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Criança

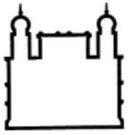
CAP: Conhecimento, Atitude e Prática

EM: Entrevistados do sexo feminino

EH: Entrevistados do sexo masculino

SUMÁRIO

TÍTULO	PÁGINA
RESUMO-----	xi
ABSTRACT -----	xii
I – INTRODUÇÃO-----	1
II – OBJETIVOS-----	7
III - POR UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA-----	8
IV - A CONTRIBUIÇÃO DE ANTROPOLOGIA-----	13
V - MÉTODOS E INSTRUMENTOS-----	17
V.1 - Estudo preliminar-----	19
V.2 - Estudo etnográfico-----	20
V.3 - Metodologia de Análise-----	21
V.4 - Caracterização da Área de Estudo-----	22
VI – RESULTADOS-----	24
VII – DISCUSSÃO-----	49
VIII – CONCLUSÃO-----	55
IX – BIBLIOGRAFIA CONSULTADA -----	57
X - ANEXOS -----	66



I - INTRODUÇÃO

A esquistossomose, denominada também esquistossomíase ou bilharziose é uma endemia típica das Américas, Ásia e África (KATZ & ALMEIDA 2003). Trata-se de uma doença produzida por trematódeos do gênero *Schistosoma*, que para o homem, tem como principais agentes etiológicos o *S.mansoni*, *S.haematobium* e o *S. japonicum*. O *S. mansoni* causa uma infecção denominada esquistossomose mansônica ou esquistossomose intestinal em função da localização dos parasitos nas vênulas da parede do intestino grosso, do sigmóide e do reto com sintomas predominantemente intestinais. Nas formas mais graves há hepatoesplenomegália, hipertensão portal ocasionando outras manifestações. Seu hospedeiro intermediário é o molusco de água doce de gênero *Biomphalaria*. O *S.japonicum* causa também um quadro intestinal típico da doença esquistossomose japônica circunscrita ao extremo oriente e Pacífico onde se encontram os hospedeiros intermediários, moluscos do gênero *Oncomelania*. O *Schistosoma haematobium* localiza-se, preferencialmente, no plexo vesical e produz um quadro clínico com sintomas urinários que é denominado esquistossomose hematóbica, esquistossomose vesical ou urinária ou ainda esquistossomose genito-urinária. Em países da Europa e da África, a esquistossomose hematóbica é também conhecida como bilharziose urinária. Os sintomas mais típicos são: hematúria, polaquiúria e disúria. Os moluscos vetores são do gênero *Bulinus* (REY, 2001).

A transmissão da esquistossomose é feita através de ovos eliminados na urina e/ou nas fezes das pessoas infectadas. Esses ovos se desenvolvem em embriões ciliados denominados miracídios que são eletivamente atraídos pelos moluscos. Desenvolvem-se milhares de cercárias que são a forma infectante da doença. Liberadas do caracol nadam na água e aí encontram seu hospedeiro definitivo que é o homem. Elas penetram através da pele dos indivíduos em contato com a água. As larvas amadurecem no sistema porta-hepático e depois de um tempo migram através das veias mesentéricas ou para o plexo vesical. Daí, os ovos são de novo eliminados, completando o ciclo de transmissão da doença (REY, 2001; KATZ & ALMEIDA, 2003).

A esquistossomose é uma das doenças parasitárias mais antigas no mundo. No Egito (África), a esquistossomose passou a ser considerada como patologia social importante com a construção da barragem de Assuã e a utilização de sistemas de irrigação na agricultura egípcia (WHO, 1998). O ciclo de vida do parasito só foi descrito após a primeira guerra mundial e, somente após a segunda guerra, foram desenvolvidos instrumentos que permitissem um efetivo avanço científico em relação ao diagnóstico, tratamentos e programas de controle do parasito (STURROCK, 2001).

A esquistossomose continua sendo, ainda hoje, uma das infecções parasitárias mais prevalentes no mundo. Ela é endêmica em 76 países e territórios e constitui um importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. Além disso, por ser insidiosa, a esquistossomose é dificilmente diagnosticada nos estágios mais precoces e, progredindo silenciosamente, vai comprometer a saúde de homens e mulheres durante os anos mais produtivos das suas vidas (ENGELS et al., 2002; XIANONG et al., 2002).

Não há dúvida quanto ao progresso realizado em relação ao controle da esquistossomose. Vários países reconheceram a esquistossomose como um problema de saúde pública e iniciaram programas de controle antes ou durante a década de 80 (CHITSULO et al., 2000). Nos países onde esses programas foram bem sucedidos, não resultaram na diminuição do número de pessoas infectadas ou sob risco. Esses mesmos autores estimam que cerca de 200 milhões de pessoas estejam infectadas, das quais, 120 milhões apresentam sintomas, 20 milhões têm doença severa e existem 600 milhões em risco de infecção (SAVIOLI et al., 1997; CHITSULO et al., 2000; ENGELS et al., 2002) como é o caso de vários países da América e da Ásia (ENGELS et al 2002). Entretanto, nos países da África subsahariana, os programas de controle iniciados nessa época foram abandonados e são hoje praticamente inexistentes, apesar da alta prevalência da esquistossomose nesses países. Estima-se que 85% das pessoas infectadas vivam no continente africano (GRYSEELS, 1990; REY, 2001).

Segundo IAROTSKI & DAVIS (1981), Angola é um dos países africanos mais afetados pela esquistossomose. UTROSKA et al. (1989) fizeram estimativas baseadas na prevalência média da infecção aplicada ao número de habitantes de cada país para avaliar o possível impacto da esquistossomose nos diversos países africanos. Segundo esses autores, a totalidade da população de Angola, 10 800 000 habitantes na época, estaria em risco de infecção e 4 800 000 pessoas estariam infectadas. Mesmo que essas estimativas sejam objeto de críticas, elas nos permitem ter uma idéia da situação.

Apesar da inexistência de estudos sistemáticos que permitam conhecer a prevalência da esquistossomose nas diversas regiões de Angola, estudos realizados junto a grupos populacionais específicos confirmam a gravidade da situação (RELATÓRIO do MINSA, 1999).

A importância da esquistossomose como problema de saúde pública em Angola já era apontada pelos estudos realizados na era colonial. Como exemplo, em 1939, SARMENTO, já relatava prevalências de 60% na região sul do país para esquistossomose hematóbica. Em 1950, JANZ e CARVALHO relataram prevalências de 46% em crianças e 18% em adultos, no município de Ndalatando, província de Kuanza-Norte. Mais tarde encontraram prevalências de 42 e 70% em crianças das localidades de Galangue e Kuvango, províncias da Huila e Cunene (GRÁCIO, 1978; DOUMENGE et al., 1987).

Nos anos 80, os estudos de GRÁCIO (1982) reafirmam a importância da esquistossomose urinária em Angola. A autora relata prevalências de 93% no município de Cubal e de 85% na localidade de Cateque situados na província de Benguela.

Nos anos noventa, REY (1991) relatou a presença de esquistossomose hematóbica em todas as províncias do país, com exceção da província de Cabinda para a qual faltavam informações. O autor relatou prevalências de 35% de esquistossomose hematóbica em escolares vivendo na área de Bom Jesus, província de Luanda. Outro estudo realizado junto aos escolares e suas mães na Comuna da Funda, província de Luanda, mostrou prevalências de 30% de esquistossomose hematóbica (COLOMBO, PINTO, CAPPUCINELI, 1998). SOUSA (1996), em sua tese de

doutorado, relatou prevalências de 45,3% para esquistossomose hematóbica na comuna de Cassoneca, província de Bengo.

As altas taxas de prevalência apresentadas nos poucos estudos existentes fazem-nos pensar na questão da transmissão. GRÁCIO (1982), referiu-se à prevalências superiores a 25% na orla atlântica de Angola e prevalências bem mais baixas nas províncias de Lunda-norte, Lunda-sul e Moxico. SOUSA (1996), em seu estudo na comuna de Cassoneca (localizada na orla atlântica angolana) encontrou prevalências de 69% entre os indivíduos que banhavam em rios, de 64% entre aqueles que banhavam em lagos, de 39% entre aqueles que banhavam em nascentes e de 28% entre aqueles que banhavam em domicílios.

Embora devamos levar em consideração as lacunas na notificação de casos por parte do sistema sanitário nacional, cabe ressaltar que em 1999, a esquistossomose aparecia no relatório do MINSA como sendo a quarta doença mais importante por ordem decrescente de notificação (RELATÓRIO do MINSA, 1999).

Em 2001, o MINSA reconheceu a necessidade de reativar o Programa Nacional de Controle de Schistosomíase (PNCS) para alcançar as metas estabelecidas pela OMS na luta contra a doença. Nesse contexto investigaram-se prevalências da esquistossomose hematóbica em diversas localidades do país. Em um estudo realizado em 2001, encontrou-se prevalências de 25% na comuna de Funda, província de Luanda e de 69% na comuna de Matala, província da Huila. Em um outro estudo realizado no ano de 2002, encontrou-se prevalências de 34% no Dombe Grande situado na província de Benguela, de 38,7% no Icolo e Bengo, província do Bengo e de 38,7% na Viana e Cacuaco, província de Luanda. Em 2003, realizou-se um estudo, onde encontrou-se prevalências de 52% na localidade de Muzondo, província de Luanda, de 56% em Ndange ya Menha e de 20% no Uíge, província do Uíge. O último dado faz referência a esquistossomose mansônica. Sabe-se atualmente que a esquistossomose é endêmica em 13 das 18 províncias do país, o que corresponde a 72,2% do território nacional (RELATÓRIO do MINSA, 2001).

Não há dúvidas sobre a dimensão do problema causado pela disseminação da esquistossomose em Angola, e o grande desafio é o desenvolvimento de

intervenções adequadas para enfrentá-lo. Cabe ressaltar que Angola é um país devastado por muitos anos de guerra, onde a falta de recursos financeiros, recursos humanos qualificados e de estruturas físicas geram inúmeras dificuldades para implementação de programas e sua manutenção. A deterioração das condições sócio-econômicas e o (re) surgimento de problemas de saúde mais visíveis desenham um contexto específico para a implantação de programas eficazes. Além disso, programas implantados de maneira uniforme nas distintas regiões endêmicas, geralmente adotam uma abordagem reducionista e limitam-se ao uso de pesticidas e tratamento medicamentoso de pessoas infectadas (BARBOSA, 1998). Essa abordagem desconhece a influência exercida pelos fatores sociais e culturais na aceitação e participação das populações em um determinado programa (TAYLOR, 1987; UCHÔA, 1993).

Estudos realizados sobre hábitos e comportamentos associados à esquistossomose hematóbica em Angola são praticamente inexistentes. Um estudo realizado no contexto do PNCS, junto a 616 indivíduos, revelou que apenas 0,48% deles sabia como evitar a esquistossomose hematóbica. Um outro estudo realizado junto a 495 escolares revelou que, apesar de 20,4% afirmarem ter urinado sangue nos últimos seis meses, apenas 4,8% diziam já ter ouvido de bilharziose, 1,2% sabiam como se transmite a doença e 0,2% sabia como se prevenir da doença. Um terceiro estudo realizado junto a 1179 escolares de 5-14 anos de idade revelou que 7,7% já tinham ouvido falar da bilharziose, 4,8% sabiam como se transmite, 5,2% tinham noções mínimas das medidas de prevenção e 13,6% procuraram os serviços de saúde por urinar sangue (RELATÓRIO do MINSA, 2001; RELATÓRIOS do PNCS, 2001, 2002, 2003). Esses estudos demonstram a importância de integrar ações educativas ao programa de controle da esquistossomose. Entretanto é de fundamental importância que estas ações possam transmitir informações sobre a doença, mas que também contribuam para uma transformação dos comportamentos de risco.

Segundo Uchôa et al. (2000), os programas de saúde geralmente partem do pressuposto de que a informação gera uma transformação automática dos comportamentos das populações, negligenciando a influência que exercem fatores econômicos, sociais e culturais sobre a adoção desses comportamentos. Estudos recentes demonstram que os comportamentos de uma população frente a seus problemas de saúde, inclusive a utilização de serviços, são construídos a partir de

universos sociais e culturais específicos. Esses estudos enfatizam a necessidade de enraizar as ações educativas e o planejamento em saúde em um conhecimento das formas características de pensar e agir das populações que se quer atingir (CORIN et al., 1989; FINCHAM, 1992; UCHÔA, 2000).

Segundo UCHÔA e VIDAL (1994), a antropologia desenvolveu nestas últimas décadas, instrumentos acurados para o estudo dos distintos elementos do contexto que influenciam as maneiras de pensar e agir no campo da saúde, contribuindo dessa forma para a construção de uma nova área: a antropologia médica.

No presente estudo, a abordagem antropológica será empregada para investigar o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados à esquistossomose hematóbica pela população residente na área rural de Sassacária, província do Bengo-Angola. Esse estudo permitirá identificar elementos que possam orientar uma ação educativa na comunidade.

II - OBJETIVOS

a) Geral:

Estudar as maneiras de pensar e de agir da população residente na área rural do bairro Sassacária, província do Bengo-Angola, associadas à esquistossomose hematóbica, buscando identificar elementos que possam orientar uma ação educativa na comunidade.

b) Específicos:

- b.1) Identificar as manifestações associadas à esquistossomose hematóbica pela população estudada.
- b.2) Identificar as idéias sobre causas, transmissão, gravidade e tratamentos adequados.
- b.3) Identificar os tratamentos realizados e avaliação dos resultados.
- b.4) Identificar os comportamentos típicos (proteção ou risco).
- b.5) Identificar a fonte de informação sobre a doença.
- b.6) Explorar a existência de iniciativas ou de um programa de educação em saúde na comunidade

III - POR UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA

Cultura e Doença: maneiras de pensar e maneiras de agir

Apesar de vasto conhecimento atualmente disponível sobre a esquistossomose e dos avanços em termos de terapêutica e epidemiologia dessa afecção, o controle dessa endemia ainda constitui um desafio para os governos (BARBOSA & JUNIOR, 2000). Um estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte, em Minas Gerais-Brasil (SCHALL e DINIZ, 2001), concluiu que, apesar de ter familiaridade com a esquistossomose, a maioria dos entrevistados tinha pouco conhecimento sobre o papel dos fatores envolvidos na transmissão da doença, fragmentos de informação mesclavam-se a crenças culturais determinando o uso inadequado de medicação e comprometendo o sucesso de programas de controle. Esse estudo reafirma a importância de ampliar os programas educativos.

De maneira geral, os programas de controle, mesmo utilizando tecnologias eficazes, ignoram os determinantes sociais e culturais da endemia, assim como os conhecimentos e as necessidades das populações alvos (BARBOSA & JUNIOR, 2000).

Um estudo utilizando o modelo de análise *dos sistemas de signos, significados e ações* para avaliar o impacto de ações educativas no controle da esquistossomose mansônica, concluiu que as ações educativas transmitiram informações, mas foram ineficazes para transformar as informações recebidas em comportamentos preventivos em relação ao contato com a água. A re-interpretação das informações recebidas em função de crenças pré-existentes é um elemento que vem mediar o impacto das informações sobre os comportamentos (UCHÔA et al., 2000).

Um outro estudo realizado no Brasil (ROZEMBERG, 1994), sobre as representações sociais da esquistossomose mansônica concluiu que a “*doença do caramujo*” (como é conhecida na região estudada) é considerada pela população como um problema “alheio” que é trazido e solucionado pelos órgãos governamentais envolvidos nos programas de controle, uma vez detectada, “*a doença do caramujo*” já vem com sua solução pronta, garantida, gratuita e externa. A população não chega a

problematizá-la, nem a torná-la objeto de suas próprias ações em saúde. Segundo ROZEMBERG (1994), a polarização excessiva das autoridades na prevenção do contacto humano com águas e na adesão ao uso do medicamento atuaria como um fetiche sobre a população.

Um estudo realizado em Gana focalizando, precisamente a esquistossomose hematóbica, concluiu que muitos membros da comunidade sabiam da existência da esquistossomose urinária, mas não a viam como doença. Muitos entrevistados acreditavam que a cor vermelha da urina era sinal de virilidade, de masculinidade. Outros atribuíam a cor vermelha da urina a uma variedade de cana de açúcar que era consumida na região. Após a realização do programa educativo, os residentes construíram seus poços artesianos, construíram duas latrinas para a escola e passaram associar a doença com contato com a água infetada com moluscos. A educação em saúde mudou completamente a percepção da doença nessas comunidades (ARYEETY et al., 1999).

Diferentes autores sugerem que estudos antropológicos são essenciais para a implementação de programas de controle adequados às características sociais e culturais de uma população. Conhecimentos, percepções, expectativas e atitudes constituem dimensões extra-médicas que não podem ser negligenciados (ANDRIANTSEHENO & RAKOTOARIVONY, 1998).

Estudos recentes sobre a esquistossomose realizados em uma zona canavieira de uma localidade de Pernambuco-Brasil demonstraram que repetidos tratamentos da população e o uso de moluscicida foram capazes de baixar as taxas de prevalências e de mantê-las em níveis baixos durante um curto período de tempo, voltando em seguida à prevalência inicial (BARBOSA, 1998). A mesma autora comenta que, a esquistossomose não pode ser compreendida, nem interrompida por meio de uma simples abordagem biológica. Ela deve ser compreendida no contexto sócio-cultural, como um processo capaz de produzir uma estrutura epidemiológica contendo vários níveis determinantes para a sua ocorrência. Os fatos biológicos, sociais, políticos e culturais contribuem juntos na formação do perfil específico da endemia. A esquistossomose ocorre dentro de um espaço construído socialmente, e

expressada em termos de condições de vida da população. A maneira como esse espaço é ocupado, assegura a reprodução da endemia e a distribuição desigual dos diferentes grupos de risco. Por isso, é de extrema importância que se conheça o contexto local, isto é, as peculiaridades locais como as práticas de riscos, os locais de transmissão ativa e percepção popular da doença. Este contexto local intervem de maneira fundamental no comportamento dos indivíduos ou grupos que têm práticas preventivas ou de risco na transmissão das doenças infecciosas (BARBOSA, 1998).

HEWLET et al. (1997), enfatizam as contribuições da antropologia para o controle da esquistossomose. Segundo esses autores, a colaboração entre investigadores da medicina tropical e da antropologia médica resultou em sucesso total do programa de controle realizado em uma comunidade dos Camarões. Um estudo etnográfico, realizado como parte do programa, identificou que a população desconhecia o papel da água, dos caramujos e de hábitos relacionados às fontes de água na transmissão da doença, assim como a existência de tratamento eficaz, barato e localmente disponível. Estas informações subsidiaram o desenvolvimento de atividades educativas adequadas à realidade local.

Um estudo realizado na Tanzânia (MWANGA et al., 2004), sobre percepções, atitudes e práticas relativas à esquistossomose revelou a existência de um conjunto de sintomas e causas bem distintos daqueles definidos pela biomedicina. Esse estudo revelou também que para uma grande parte de entrevistados, a esquistossomose era considerada como uma doença vergonhosa e a terapia tradicional como a modalidade terapêutica de escolha.

Mesmo existindo na literatura um progressivo consenso sobre a importância dos estudos antropológicos na área da saúde, são ainda escassos, no Brasil, os estudos direcionados para as crenças, valores e práticas terapêuticas associadas à esquistossomose. Nos países africanos, a situação é ainda pior. Entretanto estudos sobre percepções e práticas associadas a outras endemias podem ilustrar a grande influência que exercem os universos social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a utilização dos serviços de

saúde (TAYLOR et al., 1987). Serão comentados a seguir, diversos estudos que ressaltam a grande influência exercida pela semiologia popular e pelas as concepções culturais de causalidade sobre os comportamentos adotados frente às doenças.

O estudo realizado por BAGUMA (1996), em Uganda, demonstrou que a população considera que a AIDS é causada por bruxaria ou trata-se de um assunto de Deus. Essa concepção etiológica, enraizada em crenças e valores culturais explica a preferência da população pelo tratamento tradicional.

Um estudo realizado em Kenya, no distrito de Kilifi, examinou percepções e as práticas relativas à malária junto a 883 mães de crianças de 0-9 anos de idade. Esse estudo revelou que a maioria das mães percebia a malária como uma doença leve, inevitável e de natureza transitória, causada por um processo natural, não podendo ser prevenida, mas tratável pela medicina moderna. A ligação entre malária e mosquito não foi reconhecida pela grande maioria das entrevistadas. Concluiu-se que a crença acerca da etiologia da doença ditava a escolha do tipo de terapia e de terapeuta a ser consultado e a adesão ao tratamento proposto (MWENESI et al., 1995).

AGYEPONG (1992) investigou as percepções e práticas frente à malária em uma comunidade de Gana. Esse estudo revelou que a palavra malária não era conhecida pela população, mas que havia uma categoria popular chamada “*asra*” que englobava sinais e sintomas muito semelhantes aos da malária. Os entrevistados acreditavam que essa doença era causada pelo contato prolongado com calor excessivo e essa concepção etiológica eliminava quase toda possibilidade de prevenção, pois o sol está sempre presente e não há como evitá-lo. A população também considerava que a doença era incurável pela medicina, pois quando tratada desaparecia, mas voltava a reaparecer pouco mais tarde. Não conhecendo as causas de re-infecção, a eficácia dos medicamentos era questionada. Como consequência fundamental, a maioria das pessoas era tratada em casa e a cloroquina era pouco usada, geralmente em doses sub-terapêuticas.

Um estudo realizado por EINTERZ (2003), nos Camarões ressaltou que, apesar de reconhecer sinais e sintomas da malária, assim como sua importância, grande parte

dos entrevistados não associou o mosquito à transmissão da doença. Esse estudo ressalta a importância de investigar crenças populares e desenvolver ações educativas antes de implantar programas de controle da malária em sociedades africanas tradicionais.

WINCH et al. (1996), na Tanzânia, reafirmaram a importância de desenvolver ações educativas a partir do conhecimento prévio das crenças e práticas de uma população. Nesse estudo, encontrou-se uma grande semelhança entre os sintomas característicos da malária aguda e aqueles englobados por uma entidade popular chamada *Homa ya malaria* (ou febre de malária). A *homa ya malaria* é considerada uma doença sem gravidade causada por mosquitos. Os casos com sinais de comprometimento cerebral ou repercussões mais graves não são considerados *Homa ya malaria*.

IV - A CONTRIBUIÇÃO DA ANTROPOLOGIA

A educação em saúde é considerada prioritária em muitos projetos de controle de esquistossomose, mas a sua efetividade depende da adequação às condições locais (KLOOS, 1995). Segundo esse mesmo autor, nas décadas de 80-90 surgiram várias tentativas de controle integrado, mas muitas delas fracassaram em razão de problemas conceituais, organizacionais, técnicos e/ou socioculturais. A inadequação às condições locais reflete incapacidade de integrar as crenças, atitudes, padrões de comportamento, conhecimento e conceitos da população além de fatores ambientais.

Segundo UCHÔA al. (2000), as ações educativas visando o controle da esquistossomose, na maioria das vezes, apenas transmitem informações, mas são insuficientes para transformar os comportamentos de uma população. Se nós consideramos que a efetividade de um programa de saúde depende da maneira que a população utiliza e participa desse programa, é de fundamental importância investigar as *maneiras de pensar e agir* associadas à saúde nessa população e integrar esse conhecimento em programas destinados a ela (UCHÔA & VIDAL, 1994).

A inadequação dos programas educativos realizados em diferentes partes do mundo demonstra que, muito pouco se conhece sobre percepções e interpretações culturalmente ligadas à esquistossomose e menos ainda se conhece sobre os comportamentos característicos nos quais se traduzem essas percepções e interpretações (UCHÔA & VIDAL, 1994).

Segundo MINAYO (1991), qualquer ação preventiva, terapêutica ou de planejamento em saúde, precisa levar em conta valores, atitudes e crenças de uma população visada. A doença, ressalta essa autora, é um fato clínico mais também um fenômeno sociológico, ela exprime um acontecimento biológico e individual e também uma angústia que envolve o corpo social. À medida que cristaliza e simboliza as maneiras como a sociedade vivencia o seu medo da morte e suas limitações frente ao mal, ela deve ser encarada como uma realidade socialmente construída.

A antropologia médica interessa-se, precisamente, pelas origens sociais da doença. A biomedicina e outras ciências relacionadas consideram a doença como uma entidade meramente biológica. A antropologia médica considera a doença primeiramente e, antes de tudo, como uma construção, um modelo explicativo relevante de uma dada cultura. A doença pertence à cultura, precisamente a cultura médica (ROY, 2002).

A antropologia médica é uma das várias sub-especialidades da antropologia cultural, mas possui também raízes profundas na medicina e em outras ciências. Essa disciplina tem como objetivo principal a investigação do papel dos fatores culturais e sociais no comportamento humano, e, em particular, das formas com que tais aspectos interagem e têm interagido no curso da história humana, influenciando na saúde e na doença (HELMAN, 1994; ALVES e MINAYO, 1998).

Segundo HELMAN (1994), os antropólogos, ao estudar o extremo sociocultural desse espectro, ressaltam que, em todas as sociedades humanas, as crenças e práticas relacionadas a problemas de saúde são características fundamentais de uma cultura. Os valores e costumes associados a doenças fazem parte do complexo cultural, não podendo ser estudados de forma isolada. Não podemos compreender as reações das pessoas à doença, morte ou outros infortúnios sem compreender o tipo de cultura em que foram educadas ou que assimilaram por convivência. Segundo a mesma autora, a cultura é a *"lente"* através da qual as pessoas percebem e interpretam o mundo.

Para GEERTZ, *"Cultura é o universo de símbolos e significados que permite nos indivíduos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações"* (GEERTZ, 1989; UCHOA & VIDAL, 1994). MAX WEBER citado por "GEERTZ" diz que *"O homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu"* e GEERTZ vai dizer que assume a *antropologia como sendo essas teias e sua análise, portanto não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como*

uma ciência interpretativa, à procura de significados” (GEERTZ, 1989; SEVALHO e CASTIEL, 1998).

Esta definição de GEERTZ foi fundamental para o desenvolvimento do grupo de antropologia médica de Harvard. Pesquisadores integrando este grupo adotaram a perspectiva interpretativa de GEERTZ para a abordagem de saúde e doença e, a partir daí, construíram um quadro teórico-metodológico inovador para análise de fatores culturais que intervêm no campo de saúde e da doença (UCHÔA, 1997). A distinção entre *disease* e *illness* é um dos pontos centrais deste grupo de estudos. *Illness* refere-se à experiência psicosocial da doença, a experiência subjetiva do mal vivido pelo doente, que na verdade é uma construção cultural e se expressa em formas específicas de pensar e agir e doença processo “*disease*” refere-se às anormalidades dos processos biológicos e/ou psicológicos (UCHÔA & VIDAL, 1994). Em 1980, KLEINMAN elabora a noção Modelo Explicativo (*Explanatory Model*). Segundo esse autor, diferentes categorias de pessoas desenvolvem diferentes modelos explicativos para lidar com episódios de doença (idéias sobre causas e avaliação da gravidade e necessidade de tratamento).

Já GOOD & DELVECCHIO GOOD (1980) elaboraram o Modelo de Análise de Redes Semânticas (*Semantic Network Analysis*), dizendo que “As realidades *médicas são construções culturais*”. Esses autores consideram que as significações de um episódio de doença são construídas como redes semânticas que ligam as experiências pessoais a universos socioculturais específicos (UCHOA, 1995).

Nessa mesma perspectiva, CORIN et al. (1989, 1992^a, 1992^b, 1993), desenvolveram o modelo de análise de sistema de *signos, significados e ações* com o objetivo de sistematizar o estudo dos diferentes elementos do contexto (*dinâmica social, códigos culturais centrais, conceito de pessoa, etc.*) que intervêm efetivamente na identificação do que é problemático, na decisão de tratar ou não um problema e na escolha do terapeuta apropriado. Segundo UCHÔA e VIDAL (1994), o modelo de análise dos “*sistemas de signos, significados e ações*” fundamenta-se na idéia de que existe uma continuidade entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que ela desenvolve para resolvê-los (CORIN et al., 1990). Esse modelo de análise visa precisamente o conhecimento sistemático das maneiras de pensar e de agir de populações junto às

quais se quer intervir. Embora o modelo de análise dos *sistemas de signos, significados e ações* tenha sido empregado inicialmente na área de saúde mental, sua contribuição para a investigação antropológica das representações e comportamentos em outras áreas e, em particular, no campo das grandes endemias é inegável.

Esse conjunto de estudos demonstrou que não existe uma correspondência perfeita entre os diagnósticos profissionais, que geralmente orientam os programas de saúde e os diagnósticos populares, que orientam as representações e comportamentos das comunidades (CORIN et al., 1992; GOOD, 1977; KLEINMAN, 1980; GOOD & DELVECCHIO GOOD, 1980, 1982). Ele permitiu sistematizar o estudo das interações e contradições entre modelos médicos e populares fornecendo novos parâmetros para avaliar a questão da adequação sócio-cultural dos programas de saúde (KLEINMAN & GOOD, 1985; UCHÔA & VIDAL, 1994; UCHÔA et al., 1997).

Segundo UCHÔA (1997), a contribuição fundamental deste grupo de estudos foi demonstrar que a experiência da doença não pode ser considerada como um simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo, mas ela deve ser percebida como uma construção cultural que é expressa em "*maneiras específicas de pensar e agir*". Segundo essa mesma autora, esses estudos têm demonstrado que os diagnósticos profissionais e populares não são correspondentes, enquanto, a percepção dos profissionais (que na sua maioria orienta programas de saúde) estaria associada aos conceitos biomédicos, a percepção da população (que orienta comportamentos) estaria relacionada a uma rede de símbolos articulando conceitos biomédicos e culturais (UCHOA & VIDAL, 1994; UCHOA, 1997).

V - MÉTODOS E INSTRUMENTOS

MINAYO (1998), em sua obra intitulada “*Pesquisa Social*”, define a metodologia como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Segundo essa autora, a metodologia vai incluir concepções teóricas e o conjunto de técnicas possibilitando a abordagem da realidade. A mesma autora insiste para que o quadro teórico seja sempre explicitado.

Para estudar as maneiras de pensar e agir associadas à esquistossomose hematóbica adotou-se a abordagem elaborada por CORIN et al. (1989, 1992^a, 1992^b, 1993), denominada análise do sistema de *signos, significados e ações*. A proposta metodológica desses autores é de inverter o procedimento geralmente utilizado nos estudos sobre representações e partir dos comportamentos concretos de indivíduos para tentar identificar as lógicas conceituais subjacentes a esses comportamentos e os diferentes fatores que intervêm na concretização destas lógicas em situações particulares (CORIN et al., 1989).

De acordo com sua proposta original, a análise do sistema de *signos, significados e ações* (CORIN et al., 1990, 1992; UCHÔA, 1997), deve ser feita a partir do estudo dos comportamentos efetivos dos atores apreendidos através de histórias concretas. Assim, com o objetivo de reconstruir essas histórias, devem ser realizadas entrevistas individuais. Entretanto, esses autores alertam para a dificuldade de assegurar-se que a investigação cubra efetivamente o universo de representações e comportamentos associados a um problema específico. Desta forma, torna-se necessária a realização de um estudo preliminar para delimitação do campo semântico a ser estudado.

A análise do sistema de *signos, significados e ações* foi anteriormente utilizada para investigar as maneiras de pensar e agir associadas à esquistossomose em duas localidades do Estado de Minas Gerais-Brasil (UCHÔA et al., 2000). O presente estudo inspirou-se fortemente nessa investigação para realizar um estudo etnográfico objetivando a identificação do sistema de *signos, significados e ações*

associados à esquistossomose hematóbica por residentes da província do Bengo-Angola. Para o presente estudo foi selecionado o bairro de Sassacária, que faz parte da Jurisdição do Centro de Estágio da Faculdade de Medicina e apresenta facilidades de acesso e de ordem logística.

Foi feito um estudo preliminar junto à comunidade angolana residente em Belo Horizonte, antes da realização do estudo em Angola. Foram realizadas 12 entrevistas com o objetivo de delimitar o campo semântico associado à esquistossomose hematóbica. O termo mais freqüentemente referido foi “mijar ou urinar sangue”. Houve associação com caracóis e banhos no rio e foi atribuída uma conotação sexual à doença.

Antes da realização do trabalho de campo propriamente dito, fez-se um contacto prévio com as autoridades provinciais e aguardou-se o parecer favorável por aproximadamente uma semana.

Nesse mesmo momento, a pesquisadora principal permaneceu na capital do município de estudo (Caxito) para fazer algumas investigações preliminares sobre a esquistossomose hematóbica, como é conhecida e quais são as idéias prevalentes sobre causa. Com esse objetivo foram entrevistadas 5 pessoas. As perguntas realizadas foram: *Você Já ouviu falar da schistosomiase? Já ouviu falar da bilharziose? Já ouviu falar de mijar sangue? Como é que se apanha essa doença?* Os cinco entrevistados afirmaram já ter ouvido falar de “*mijar sangue*” e apenas um afirmou conhecer também o termo “*bilharziose*”. Três entrevistados referiram-se ao contato com águas como causa da doença e uma vendedora no mercado explicou: *“uma lombriga que ataca no umbigo e depois vai pro xixi e depois a pessoa começa a mijar sangue”*.

Durante a sua estada naquela localidade, a pesquisadora conversou com finalistas do curso de medicina sobre os pacientes com diagnóstico de esquistossomose hematóbica. Um deles disse que tratava-se de uma doença muito comum na população, mas que a população não a considerava como doença. A pesquisadora também teve a oportunidade de conversar com o diretor provincial do Programa de Schistosomíase, que mostrou as atuais áreas endêmicas e informou

que a população utiliza comumente a expressão “*mijar* ou *urinar sangue*” para referir-se à esquistossomose hematóbica.

Após receber o parecer favorável à realização do estudo, passou-se a etapa de seleção e treinamento de duas estudantes (finalistas do curso de medicina em estágio no Departamento de Saúde Pública, uma de etnia kimbundu e a outra umbundu) que iriam realizar as entrevistas juntamente com a pesquisadora principal. Foi testado o roteiro de entrevistas junto a dois trabalhadores, do centro de estágio, que responderam às perguntas sem dificuldades.

Estas investigações preliminares permitiram concluir que uma doença denominada “*mijar* ou *urinar sangue*” é associada à parasitas, lombrigas, banhos em rios, águas das lagoas e águas paradas.

V.1 - Estudo preliminar

Para realização do estudo preliminar, a equipe permaneceu dez dias no local. Durante esse período fez-se a observação sistemática da área de estudo e entrevistas para identificação de informantes chave.

V.1.1 - Observação sistemática

- *Foram identificados e observados os locais significativos na vida da população:* a vala, fontes de água e escolas.
- *Observou-se a forma como circula a informação:* onde e como as pessoas ficam sabendo do que acontece na localidade e fora dela.
- *Os grupos existentes:* formais e informais tais como grupo de jovens, religiosos, pessoas que se reúnem nos locais da venda de bebidas.
- *Os líderes locais:* pessoas que exercem a liderança (formal ou informal) na comunidade

Estas observações tinham por objetivo, a identificação de informantes chave a serem entrevistados na segunda etapa do estudo.

V.1.2 - Entrevistas objetivando a delimitação do campo semântico do estudo

Seguidamente, o parecer foi encaminhado às autoridades locais. Ao mesmo tempo foi explicado a elas o objetivo do estudo. A partir daí, foi marcado um encontro com toda a população. E, durante o encontro, as entidades locais indicaram 23 pessoas, englobando um grupo heterogêneo de homens, mulheres e distintas faixas etárias, para participar da primeira etapa da pesquisa e que foram submetidas as entrevistas. Essas entrevistas tinham por objetivo a delimitação do campo semântico, culturalmente coberto pelo conceito de esquistossomose hematóbica e a identificação de termos, expressões locais utilizados para referir-se a esta afecção. As entrevistas permitiram concluir que o termo *samba* é o termo popular mais freqüentemente utilizado para se referir a esquistossomose hematóbica, também conhecida como "*mijar sangue*".

A análise dos dados coletados durante o estudo preliminar permitiu a elaboração de um guia de entrevistas culturalmente adequado. Foram selecionados com a ajuda dos líderes locais, 50 informantes chave que aceitaram voluntariamente participar do estudo. A cada informante chave selecionado foi entregue uma ficha de consentimento pós informação que foi recolhida dois dias depois. Após coleta das fichas, foram marcados dias e horas das entrevistas de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado.

V.2 - Estudo Etnográfico

O estudo etnográfico propriamente dito implicou em uma permanência de três semanas no local. Durante esse período, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

V.2.1 - Realização de 45 entrevistas com informantes chave

Foram realizadas 45 entrevistas com a ajuda do guia elaborado durante o estudo preliminar. Investigaram-se diferentes categorias de informação com propósito de reconstruir de forma detalhada a familiaridade, os comportamentos e manifestações associados à doença, as idéias sobre prevenção, gravidade e causa, os tratamentos realizados, os possíveis obstáculos à realização de tratamentos, as fontes de informação de cada informante e a existência de programas ou iniciativas de programas de controle.

V.2.2 - Observações sistemáticas da vida da comunidade

Foram feitas varias visitas à comunidade, em dias e em horários diferentes, com objetivo de observar o “modus vivendu” dos seus habitantes e ter um maior conhecimento da área de estudo. Foram visitadas as fontes de água existentes e as duas escolas primárias da área e conversou-se de maneira sistemática com distintos membros da comunidade.

De maneira marcante, observou-se a presença de grupos de jovens do sexo masculino concentrados em vários pontos da única rua principal da comunidade. Observou-se também a presença de animais domésticos (cabritos, porcos, galinhas, patos...) e fezes dos mesmos espalhadas por todos os cantos do bairro.

Cabe ressaltar que a maioria da população é camponesa, saindo para o campo pela manhã e só voltando no final da tarde. Entre as mulheres que ficam no bairro, muitas fazem uso de álcool. É comum ver também grupos de homens bebendo já pela manhã.

V.3 - Metodologia de Análise

As quarenta e cinco (45) entrevistas realizadas foram gravadas, transcritas e informatizadas. Após a leitura atenta e repetida das entrevistas foi feita a identificação de unidades significativas e criadas as categorias analíticas. Elaborou-se então uma primeira lista com oito (8) categorias (*signos, causa, gravidade, tratamento, fonte de informação, familiaridade, repercussão e nome*). Esta lista foi testada em algumas entrevistas e retrabalhada até permitir englobar a totalidade de

informações em unidades distintas, com um mínimo de ambigüidade. Assim, acrescentaram-se mais quatro (4) categorias (*reinfeção, atitude frente à doença, existência ou iniciativas de programa de controle, e comentários*). Com ajuda desta lista, cada entrevista foi fragmentada em diversas unidades significativas. Foi feita a marcação das entrevistas colocando cada categoria com uma cor específica, identificando as ocorrências de cada categoria analítica e foram extraídos os textos que correspondiam a uma ou mais categorias de informação para análise de conteúdo. Nessa análise examinaram-se as várias categorias de informação para investigar significados associados entre eles como também as articulações e as descontinuidades entre o sistema de *signos, significados e ações*.

V.4 - Caracterização da Área de Estudo

Angola é um país situado na região austral do continente africano. Independente desde 1975, possui uma superfície de 1 246 700 km², uma costa de 1 650 km e uma fronteira terrestre de 4 837 km. A população é estimada em 13 milhões de habitantes, segundo dados da FNUAP. A sua divisão político-administrativa compreende: 1 271 povoações, 536 comunas, 163 municípios e 18 províncias. Tem como língua oficial, o Português e conta com nove (9) grupos etnolinguísticos. Angola foi devastada por uma guerra civil de mais de três (3) décadas e passando por uma história de reconciliação nacional há três (3) anos. Bengo é uma das dezoito (18) províncias, tem uma superfície de 33 016 km², uma população estimada em 332 680 habitantes e possui cinco (5) municípios que são: Nambuangongo, Ambriz, Icolo e Bengo, Kissama e Dande (Caxito).

V.4.1 - Caracterização social da província do Bengo

A operacionalidade do sistema educativo é extremamente baixa. A rede escolar de ensino de base regular foi profundamente comprometida pela destruição e saques ocorridos do conflito da província. Quanto à rede sanitária, verifica-se uma elevada morbi-mortalidade por doenças de transmissão vetorial, destacando-se a malária em primeiro lugar com 84%, seguida de esquistossomose com 13% e tripanossomíase com 3%, são citadas também as doenças diarréicas agudas. As infra-estruturas sanitárias destruídas durante os conflitos estão sendo recuperadas. A barragem das Mabubas que abastecia água e energia, não só a província, mas também a capital

do país, encontra-se inoperante. O fornecimento da água é feito pelos poços artesanais construídos pela Unicef (de má qualidade) e pelos rios. Os rios Kwanza, Bengo e Dande são as principais bacias hidrográficas da região. O rio Bengo possui as lagoas de Panguila, que são utilizadas como áreas turísticas (RELATÓRIO do MINSA, 1999).

V.4.2 - Caracterização econômica da província do Bengo

As principais culturas exploradas na região são essencialmente alimentares (milho, mandioca, batata doce, banana, dendém e hortícolas). Esses produtos, não só servem para auto-suficiência alimentar, mas são também escoados para a capital do país (Luanda) e explora-se também a madeira. No grupo das culturas com feição industrial destaca-se o café robusto. A pesca marítima é artesanal, ocorre nos municípios de Ambriz e Dande (Barra de Dande) e outras zonas da província. O parque industrial é praticamente inexistente, com as unidades destruídas ou inativas, tais como: CCA - fábrica de louças (inativa) e duas (2) unidades açucareiras desativadas.

Dande também conhecido como Caxito, é a capital da província, a segunda em extensão, com uma estimativa de 54 592 habitantes, sendo 54% (29 567 habitantes) do sexo feminino e 46% (25 025 habitantes) do sexo masculino, com um índice de masculinidade global de 85% (85 homens por cada 100 mulheres). Tem 45 bairros cadastrados e tem 11 468 famílias.

O bairro Sassacária tem 400 famílias que corresponde a 860 habitantes, sendo 52,6% (452 habitantes) do sexo feminino e 47,4% (408 habitantes) do sexo masculino. Com uma média de 2 pessoas por família. Não possui nenhuma rede sanitária, 29 famílias possuem latrinas e 371 famílias eliminam as fezes ao céu aberto. Tem 2 sondas construídas na década de 80 pela Unicef e são insuficientes para toda população, usando desta forma água do rio e das lagoas. O tipo de construção predominante é de pau à pique, seguida de adobe-pau à pique e de capim. Quanto à educação, o bairro tem 381 pessoas em idade escolar, possui apenas 2 escolas primárias, com uma proporção de 191 alunos por escola. Dentre as principais necessidades apresentadas pelo coordenador do bairro, destaca-se a água potável em primeiro lugar, seguida de construção de latrinas. A população é majoritariamente camponesa. É nesse bairro onde foi desenvolvido o nosso estudo.

VI - RESULTADOS

Inicialmente foram realizadas 23 entrevistas individuais para a delimitação do campo semântico. Este estudo apontou o termo *samba* como sendo o mais utilizado pelas pessoas que habitam o bairro Sassacária para referirem-se a uma doença caracterizada pela presença de “*sangue na urina*”, ou mais especificamente pela presença de “*pinguinhos, pingos, bolinhas ou bolas*” de sangue na urina. Essa doença foi associada à água, especificamente às águas paradas, às águas turvas, às águas de rios e de lagoas, às águas com caracóis, com bichos e com cana. Parece que o termo *samba* cobre um campo semântico muito semelhante àquele coberto pelo conceito médico de esquistossomose hematóbica. Assim, adotou-se nesse estudo o termo *samba* como foco da investigação.

Em um segundo momento, foram entrevistadas 45 pessoas, sendo 21 mulheres e 24 homens. Um primeiro nível de análise visou quantificar o conteúdo das narrativas buscando identificar: 1) a familiaridade que os informantes tinham com essa doença, 2) os signos considerados relevantes, 3) as idéias sobre causa, gravidade, 4) prevenção e tratamentos, 5) as fontes de informação e 6) a existência de programa de controle. Um segundo nível de análise examinou o conteúdo dessas categorias de informação e investigou as conotações associadas a cada uma delas e as articulações e descontinuidades entre elas. A leitura dessas entrevistas forneceu uma visão global da percepção da esquistossomose hematóbica nessa população específica.

Familiaridade

Todos os entrevistados disseram já ter ouvido falar em *samba*, sendo que 20 deles relataram já ter tido essa doença, 13 disseram que alguém da família havia tido e 12 afirmaram conhecer alguém que teve *samba* (Quadro1). Uma das entrevistadas que disse já ter sido acometida pela doença mostra em sua fala que a *samba* é bem conhecida no bairro: “*Já sim. Por acaso todos os miúdos daqui de dentro deste bairro, todas as crianças tinham essa doença samba*” (EM1). Uma outra entrevistada revela sua vivência em relação à *samba*: “*Já, já, eu mesmo praticamente não me deixo mentir, também tive essa doença, levou-me muito tempo para passar, mas depois passou*” (EM27). Outra ainda, fala da sua experiência com a doença, mas diz

que não sabe explicar como é que ela surgiu: “*eu já ouvi falar da doença, mas nunca alguém me falou que samba vem através disso, através disso*” (EM36). Mesmo aqueles que nunca tiveram *samba*, conhecem a doença através de primos, filhos, netos ou outros familiares que foram acometidos por ela: “*eu posso informar da parte do meu primo, sim, ele teve*” (EH2) diz um informante; “*essa doença teve a vir só na minha filha quando era pequena (...)*”, diz outra informante (EM3). Ainda outra informante diz que a neta teve essa doença: “*já vi só na minha neta (...) mesmo ver é só na minha neta*” (EM35). Há também relato de que as informações à respeito da *samba* são também obtidas através de outras pessoas da comunidade: “*Sim, já ouvi falar dessa doença e já vi também outros colegas com essa doença. Colegas, principalmente colegas*” (EH44).

Quadro 1 – Familiaridade da população estudada com a *samba*

Familiaridade referida	Número (n=45)
Já teve	20
Família teve	13
Conhece alguém que teve	12

Signos

A doença *samba* é percebida pelos informantes de Sassacária como uma doença que desencadeia alguns problemas específicos. Apenas um informante não soube informar sobre os problemas desencadeados pela *samba*.

A maior parte deles associou a presença de sangue na urina com o início de *samba*, seja como problema único, seja associada à dor e à coceira. Apenas três informantes relataram que no início essa doença é silenciosa. A fala de um deles ilustra bem esta situação: “*Não, no início não sentia nada (...)*” (EM3). Os signos associados ao início pelos informantes encontram-se no Quadro 2.

Quadro 2 – Signos de início referidos pelos informantes

Signos de Início	Frequência
Sangue e dor	09
Sangue	07
Sangue, dor, coceira	07
Outros	04

Cabe ressaltar que a análise do conjunto de entrevistas deixa claro que embora os signos associados ao início tenham sido investigados sistematicamente, a maioria dos informantes considera como início da doença o momento em que suspeitou ou mesmo teve a certeza que estava com *samba*. De maneira geral, é o fato de urinar sangue que permite suspeitar da presença da doença. Um senhor explicou que notou que tinha algo errado com o filho quando observou que ele apresentava sangue na urina: *“Notei na criança, porque aquilo também dá um mau aspecto, quer dizer pronto, aquilo é mesmo doença, porque o sangue não se urina. Uma criança quando tivesse aquilo, já é suspeita considerado como uma doença mesmo”* (EH16). Outro entrevistado disse que soube que estava doente porque urinou sangue: *“Porque eu urinava sangue, aquilo depois por último vinha xixi amarelo, de amarelo vinha já mesmo o puro sangue com bolas mesmo, sangue na urina”* (EH13). Uma mãe conta que começou desconfiar que o filho tinha *samba* quando observou manchas de sangue em seu calção: *“Sim, os miúdos quando brincavam tinham os calções e aqueles calções manchavam assim de lado e depois a mãe perguntava saber, meu filho o que é que tu tens, eu estou a desconfiar que tens aquela doença, então quando ele mijava a mãe reparava no filho e quando reparava no filho via era sangue no fim e dizia pronto tem *samba*”* (EM1).

Manchas de sangue nas roupas aparecem em várias outras entrevistas como um elemento diagnóstico: Esta questão pode ser ilustrada nos depoimentos de alguns dos entrevistados: *“Sim, essa doença de *samba* por acaso, estava só mesmo dentro das calças, sim (...) assusta já as calças estão molhadas com uma gota junto com sangue”* (EH4), *“Nós e os nossos pais e nós próprios para distinguir que a criança tinha aquela doença, era através do sangue que manchava no calção por causa das últimas gotas de urina que vinha com sangue. Então, as mães notavam ali nos*

calções e perguntavam: O que é que você sente, ah! Não me sinto nada. Ah! Então o que é que você tem, ah! Estou mijar sangue. Então, as mães sabiam que mijar sangue é a tal samba” (EH6).

A presença de sangue na urina foi relatada por todos os informantes como o signo que permite suspeitar e detectar a doença. Um informante explica: “*Samba é doença de mijo de sangue” (EH21).*

De maneira geral, a presença de sangue na urina é percebida pelos informantes como a mais importante manifestação da *samba*. Para alguns deles. Essa presença de sangue na urina é a única manifestação de *samba*: “*Eu sentia a urina vir vermelho, quase hemorragia, só sentia isso mais nada (EH20), “Samba é quando eu acabo de urinar, vem com umas gotas de sangue no sexo” (EH23), “eu só andava a ver que estava a mijar sangue, então se está a mijar sangue, tá sentir que? Nada mesmo” (EM3).*

Uma entrevistada mencionou o fato de que no início a urina era clara e somente no final o sangue se apresentava: “*Quer dizer, eles mijavam urina branca depois no fim vinha os pingos de sangue elas (crianças) se queixavam disso só (...)*” (EM1).

Mesmo entre aqueles informantes que associaram outros problemas à presença de *samba*, a confirmação da doença só possível através da descoberta do sangue na urina. O relato de uma informante esclarece que percebendo que a sobrinha vinha emagrecendo sem motivo aparente começou a vigiá-la para descobrir se ela não estava doente: “*Quando ia mijar eu acompanhava assim de perto, quando me via levantava. Eu falei que não, aquela miúda deve ter algum problema, pronto, ficamos (...). Passando duas semanas, eu acompanhava mais, quando ela mijar saía umas coisas assim brancas. Passou mais uma semana, lhe controlei, começou já a sair sangue. Eu lhe perguntei isso é que? (...) Então, falei na minha mãe, a minha mãe viu porque ela já é velha, ela disse isso aqui é a doença de samba (EM28).* Uma outra informante fala a respeito de uma mulher que chegou a confundir a presença do sangue com a menstruação, mas viu que se tratava de *samba* quando notou que o sangue persistia por um tempo prolongado: “*Ela pensou que fossem regras (menstruação), mas depois quando ela viu que está ultrapassar mais dias, só assim que nós demos conta que ela tá urinar sangue. Porque quando é regra, a regra não*

vem da urina não. Quando ela disse que estou a mijar sangue, não sei que (...), nós dissemos que isso não é regra, é urina de sangue, então, fica melhor você ir ao hospital e para ver se vai fazer a consulta e acabar com isso” (EM31).

Em alguns relatos, fica claro que a aparente semelhança com a menstruação é um pouco constrangedora para os homens: *“a pessoa acaba de fazer necessidade já tá sair sangue, para uma pessoa masculina tá mijar, tá sair sangue depois da necessidade, já complicava-nos” (EH19).* Outro informante relata sua experiência e sua tentativa de esconder da mãe que estava doente: *“eu me escondia da minha mãe que eu mijava sangue, assim quando ia mijar, era sangue, quando ia mijar era sangue, então, depois falei na minha mãe que tô a mijar sangue, então ela me disse que é samba. É assim que eu conheci a samba” (EM8).*

A dor foi apontada por 36 informantes como sendo uma importante manifestação da *samba*. Alguns entrevistados referiram-se a dores na uretra, na barriga, no pé e no peito.

Três informantes especificaram bem a localização da dor. Um deles explica: *“Na altura de fazer urina você sentia mais tarde, desculpe pela expressão, no sexo abre algumas dores” (EH11).* Uma mulher diz tratar-se de dor de bexiga: *“Sentia a dor de bexiga” (EM39).* Um outro informante descreve, além da localização, o tipo de dor *“eles se queixam de picada ao urinar, sentiam picada parece gindungu (pimenta) na uretra” (EH10).*

Alguns entrevistados referiram-se a dores na barriga, sem mencionar uma localização específica. Uma entrevistada relata uma dor constante na barriga: *“(…) ela andava a falar que a barriga tá a me doer, toda a barriga e era todo o tempo” (EM3)* e *“(…) Depois fomos no hospital, primeiro vinha aqui um doutor que dava vacina, nos vacinava, quando nós apanhávamos aquela vacina, na bexiga piorava, já muita dor, só passávamos a dormir” (EM8).*

Outros informantes referiram-se a dores em diversos outros locais. Um relata uma dor no pé que ele associa ao ataque de uma *“lombriga”*: *“Sim, agora que sinto mais alguma coisa, dor do pé, porque até agora a lombriga (Irradiação da dor) vem me atacar na perna, essa perna fica sem força” (EH25).* Uma senhora relata dores de

cabeça e em todo o corpo: “*Sentia febre, dores de cabeça, dores do corpo*” (EM26). A dor no peito também foi associada à presença de *samba*: “*Também sentia dor do peito, assim tosse, aquilo me levou quase 10 meses com essa doença de tosse, tosse*” (EM27).

A coceira aparece nos relatos de 13 (treze) informantes como sendo uma outra manifestação importante da presença de *samba*. Alguns informantes referiram-se à coceira aparecendo após a micção: “*Mijava, só mais tarde é que dava comichão*” (EH15) e “*dava muita comichão conforme eles diziam, dava muita comochão*” (EH41). Outros informantes estabelecem uma relação entre coceiras e infecções: “*A água tava a dar comichão, tava vir borbulhas no corpo, infecções e outras coisas (...), tava a chegar memo no estômago, depois tava no sangue*” (EH23).

Ressaltamos que a maioria dos informantes mencionou mais de um destes problemas quando se referia à doença. Nove entrevistados relataram uma associação entre a presença de sangue na urina e dor. Um deles relata que “*para mijar tinha que espremer. Yá! Depois quando sair já sangue, quando sair, dor já também passa*” (EM8). Um entrevistado diz que o sangue precede à dor: “*Primeiro saia sangue e depois aparece a dor*” (EH9). Um outro afirma que é a dor que vem antes que o sangue apareça na urina: “*O que eu sentia, bem quando eu apanhei-me mesmo eu própria esta doença, me dava dor na bexiga, depois, depois chegava à urina, no princípio saia bem, depois no fim dava dor é quando vinha o sangue, depois aquilo ficava assim sem dor*” (EM12). Ainda outro entrevistado menciona a dificuldade de urinar precedendo bolas de sangue na urina: “*Não lhe permitia urinar devidamente, tinha que fazer muito esforço para ver se a urina saísse, depois logo saia bolas de sangue mesmo, desculpe pela expressão, é mesmo no sexo, depois disso é que saia a bola de sangue*” (EH2).

Há também relato de uma associação entre dor e coceira: “*Logo no início, quando apanha um dos meus irmãos menor, eu já tinha 14 anos (...) o irmão me diz: Não mano, me sinto que no sexo dava dor antes de urinar e depois de urinar também idem e depois a vontade de coçar uma comichãozinha*” (EH6). A associação entre coceira e o sangue também foi evocada: “*Sentia principalmente quando estou para urinar, picadela dentro do sexo, antes de mijar sentia comochão, depois da comochão, assim que vai urinar, sai gota de sangue*” (EM21). A associação entre as

três manifestações simultâneas, somente foi relatada por um dos entrevistados: *“Elas sentiam uma dor (...), quando elas se urinavam e dava-lhes comochão e depois dali, a mãe delas notou que tá urinar sangue”* (EH18).

Outras manifestações como a febre e o choro, apareceram também nas falas dos informantes. Quatro informantes referiram-se à presença de febre como uma sendo uma manifestação de *samba*: *“Bom, ali era uma pequena febre às vezes (...)”* (EH6) e *“A vez em quando as tardes tem tido sempre febre, geralmente as tardes sempre febre”* (EH22). Um outro afirmou que essa doença não dá febre: *“Não tinha febre, era mesmo xixi branco, xixi amarelo, depois sangue. Brincava muito bem e tava muito bem, mas o problema era quando acabava aquela urina, no fim vinha o sangue”* (EM1). Um dos entrevistados comentou a possibilidade da presença de pus em uma etapa posterior ao sangue: *“Porque aquilo dá dor, a pessoa depois de sangue, amanhã pode sair pus”* (EM17). Um outro ainda referiu à palidez cutânea associada à *samba*: *“(...) ele era bocado negro, mudava de cor e ficava um bocado amarelado”* (EH6). Um outro informante citou o choro como um signo de *samba*: *“Eh pá! Ele chorava muito, porque na altura, ele ainda não conseguia explicar nada ao pai e a mãe”* (EH30).

Como visto anteriormente, além da presença de sangue na urina, a dor e a coceira foram os problemas mais freqüentemente associados à *samba* (ver Quadro 3). Entretanto, fica claro que a presença de sangue na urina é o elemento que efetivamente permite detectar a presença dessa doença. Uma entrevistada diz claramente que essa doença só é percebida como problema no momento em que aparece o sangue na urina: *“(...) Brincava muito bem e tava muito bem, mas o problema era quando acabava aquela urina, no fim vinha o sangue”* (EM1).

Quadro 3 - Signos associados ao Diagnóstico

Percepção sobre os Signos Diagnostico	Freqüência
Sangue	45
Dor	36
Coceira	13
Outros	12

Katz N. 1986. Possibilidade de controle da esquistossomose, *JBM*, Vol 50, Nº 3, Mar. A presença de sangue na urina e a dor também foram associadas pelos informantes à agravação da *samba*. A maioria dos informantes afirma que a *samba* é grave por causa da intensidade da dor e da presença persistente de sangue na urina, da necessidade de tratar-se e das complicações que podem surgir. Um dos informantes diz que quando a dor é intensa, a doença é grave: *“Porque estava doendo muito, muito, todos os casos eram graves”* (EH4) e outra confirma a associação entre a gravidade e a dor: *“Por causa da dor que eu sentia, sentia muitas dores, era grave”* (EH9). Quando a *samba* se agrava é preciso ir ao hospital, como informa uma das entrevistadas: *“Sim, gravava. Era preciso ir ao hospital, era grave porque trazia muitas dores e aquele urinar sangue, a pessoa sentia muitas dores, a pessoa ficava muito estreita (emagrecia)”* (EM26).

A presença de sangue aqui também é percebida pelos entrevistados como um sinal fundamental de que a doença agravou-se. Alguns dos informantes relataram que o sangue assusta: *“Grave, porque o sangue é uma coisa que uma pessoa quando vê, fica assustada. Pois, dali, nós corríamos para o hospital”* (EM1) e outros dizem explicitamente que quando o sangue é muito, a pessoa corre risco de ter uma complicação maior: *“Sim, era grave, porque eu já vi alguém junto aos meus amigos, quando ele não dava importância da doença, aquilo depois se agravou, desculpe lá, o sexo depois inflamou. Já não urinava, aquilo criou bolas de sangue, entupiu o sexo. Então, era obrigado lhe meter uma sonda e lhe tirar aquelas bolas que estavam no sexo”* (EH9). Para alguns entrevistados as complicações podem ser fatais. Um entrevistado explica: *“por último então as gotas de sangue eram demasiadas e então isso dava a suspeitar as pessoas de que tarde ou cedo essa doença pode vir a matar a pessoa”* (EH2).

Há em vários relatos a idéia de que se o sangue é muito, é preciso correr para o hospital. Um entrevistado comenta: *“Era grave porque o sangue não parava, não parava, é onde nós desconfiávamos, mas não pode a pessoa, não pode continuar a sair sangue assim. Os papas tinham que meter no hospital”* (EH6). Outros informantes já não relacionam a gravidade ao volume do sangue, mas a sua forma de apresentação: *“nós tínhamos dois casos, um esse que não mijava ainda bolinhas de sangue, nós considerávamos que era ainda normal, tentava-se combater em*

casa. E quando a gente via que está a sair bolinhas, então para nós é grave, então tinha que ir parar ao hospital” (EH6).

É interessante notar que há quem considere normal o fato de urinar sangue em momentos alternados. Um entrevistado explica: *“o normal na tal doença é o seguinte; em vez de urinar toda hora sangue, era hora sim, hora não” (EH6).*

Na maioria dos relatos a idéia de gravidade está associada à necessidade de procurar ajuda no hospital, seja devido à intensidade da dor, seja devido ao volume ou a forma de apresentação do sangue: Um informante afirma que *“se você não faz consulta pode vir acontecer alguma coisa. Pode vir a morrer senão fazer a consulta (...)” (EH23).* Há o relato de um entrevistado que diz ter perdido o avô em consequência da falta de tratamento adequado para a *samba*: *“Já ouvi falar caso da morte, do meu avô, ele não se tratou como se deve” (EH23).*

Quatro entrevistados acham que *samba* não é uma doença grave, porque quando ela é detectada basta ir ao hospital e fazer o tratamento: Uma entrevistada explica: *“não agravava, assim que me aconteceu disso, eu fui ao hospital e logo que eu bebi o medicamento, passou até agora”(EM29).* Três entrevistados falaram que *samba* não é grave porque não tem sintomas. Uma entrevistada comenta: *“as pessoas não se preocupavam porque não tinha febre, não tinha nada. Brincava muito bem” (EM1).* Um entrevistado disse que *samba* não é uma doença grave porque não é contagiosa: *“Não, não, não havia nada que agravasse a samba porque essa doença não é contagiosa” (EH32).*

Significados

A água (rios, lagoas, valas, águas paradas, turvas e outras), a cana, os alimentos adocicados e o contágio foram evocados como causa principal de *samba*. A maioria dos informantes refere-se a mais de uma causa.

Dezoito entrevistados apontaram o fato de “tomar banho nas águas” como sendo uma das causas de *samba*. Entretanto, não se trata de qualquer água, mas águas que têm características específicas. Vários entrevistados referem-se à água de valas: *A samba, aquilo é por causa da água, por exemplo, tínhamos a vala de Sassa, tínhamos a vala de kimbombo, mas você sabe como é que a criança é*

qualquer sítio, não há hora, não há minutos, (...) todo o tempo é ir tomar banho e aquilo nos provocava essa doença”

(EM12). Um informante explica que as águas das valas continham muitas impurezas: *Era mais nas águas das valas (...) que eram águas paradas. No tempo colonial, as valas tinham aquele capim, águas estagnadas, aquilo é que provocava mais essas doenças”(EH18).*

Essa impureza das águas aparece nos relatos de vários informantes que vão sempre referir-se a águas paradas, das valas, com diversos produtos ou com bichinhos. Uma informante explica: *“a água vinha da fábrica, bom! Mas como nós tínhamos essa fábrica aqui, então essa fábrica, todos os seus restos, o esgoto era aqui nessa vala, prontos. As pessoas banhavam e prontos diziam que é mesmo a água, no fundo, no fundo o que causava”* (EM17).

Vários informantes referem-se à presença de “micróbios, bichos, bichinhos e caracóis” nessas águas. Alguns dos relatos mostram claramente essa idéia: *“A minha mãe disse assim que quando a pessoa (...) banhar na água assim de valas, aqueles micróbios provocam isso”* (EM5), diz uma informante. *“Samba é uma doença que apanhávamos sempre na vala ao banhar, tomar banho. Então, tem uns bichinhos que provocava aquela doença (...), mas depois, mais tarde, começamos a ser informado que a doença vinha através da água”* (EH9), diz outro informante. Ainda outro informante explica: *“o que causava a doença, conforme aqui diziam, dizia que era o problema da vala. Outros dizem que, aquilo trazia uns pequenos micróbios que provocavam esta doença”* (EH16). Uma das mulheres entrevistadas se referiu especificamente ao caramujo: *“Tinham uns caracóis que mordiam no corpo das pessoas que iam lá banhar e provocavam aquilo aí”* (EM39).

Entretanto, é freqüente nos relatos, uma certa imprecisão quanto às características da água que pode causar a samba: *“conforme aqui diziam, dizia que era problema da vala, quer dizer das águas da vala, porque as crianças, por exemplo, estamos neste tempo de calor, quase que passavam todo tempo na vala a banhar na água da vala. Outros dizem que, aquilo trazia uns pequenos micróbios que provocavam esta doença e outros diziam que é a maca da cana. Tudo estava na confusão, senão, ninguém sabia definir certamente”* (EH16).

Beber dessas águas e permanecer em contato com elas por um longo período também são ações percebidas pelos entrevistados como podendo causar a doença. Um entrevistado diz: *“Apanha ao acarretar a água, aquele bichinho ou ovo do caracol pode entrar no balde e chegando em casa, vai contra a caneca (bichinho está dentro da água que está na caneca), depois passa para o pescoço e vai até lá”* (EH6). Uma outra entrevistada fala: *“Samba o que causava é beber assim, essas águas paradas mais outras coisas, micróbios”* (EM7) e um outro relata: *“A água da vala tinha muito capim, muita raiz e muita lama e nós passamos a beber aquela água ali”* (EH21). Alguns entrevistados acreditam que o tempo de permanência nessas águas é importante: *“(...) Quase uma hora você fica só a banhar naquela água aí, provocava também aquela doença, aquela entrava mesmo dentro, provocava e agravava mesmo com aquela doença”* (EM8), *“Quer dizer, permanecer muito tempo na água da vala é que estava provocando aquilo”* (EH16), *“Ao sentar na água por muito tempo, eles penetravam”* (EH18).

A cana foi uma outra importante causa de *samba* relatada pelos informantes. Em vários relatos, cana e água são evocadas simultaneamente como causa de *samba*. Uma entrevistada explica: *“banhávamos muito aqui na vala e mastigávamos muita cana e quando nós vínhamos mijar era tudo sangue”* (EM8). Dez entrevistados enfatizaram que *“mastigar muita cana”* pode causar a *samba*. Uma entrevistada explica que isso pode ocasionar *“urina de sangue”*: *“Uma pessoa come muita cana, mastiga muita cana, assim quando vai mastigar muita cana, aquela cana também trazia urina de sangue, urinava sangue”* (EM1). Um outro entrevistado completa: *“a cana provocava a doença, nós comíamos sem limite e a cana é muito doce”* (EH6).

Alguns entrevistados vão mais além e explicam que é comer determinadas partes da cana que pode ser responsável pela doença. Outros ficam em dúvida quanto a isso. A fala de uma entrevistada ilustra essa situação: *“Algumas pessoas que queriam mastigar a cana até a ponta da cana, aquele que em kimbundu chama kissungu, então, não se sabe se ali onde se nasce a urina de sangue”* (EM1). Para alguns entrevistados, a cana causa *samba* por ser um alimento “doce”. As falas a seguir ilustram bem esta idéia: *“A minha mãe disse assim que quando uma pessoa come muita coisa doce na parte da cana”* (EM5), *“Bom, a cana provocava a doença, nós comíamos sem limite e a cana é muito doce”* (EH6), *“Tinha muitas canas doces*

sabe, todo mundo gostava de cana. Aquelas canas eram muito doces, quando acabava de mastigar a cana, todo o mundo vai tomar banho na vala, isso é que nos provocava isso” (EH15).

Há também alguns entrevistados que associam o adubo utilizado na terra onde se planta cana à presença de sangue na urina. Um entrevistado explica: *“Se através dos produtos que é adubo que metíamos é que fazia que a pessoa quando mastigava a cana trazia essa urina de sangue, não se sabe” (EH2).*

Vários informantes relatam que coisas muito doces, adocicadas ou açucaradas podem também causar a *samba*. Duas informantes falaram especificamente do café açucarado. Uma entrevistada relata que: *“o café muito açucarado, muito melaço, também dizem que provoca samba” (EM27).* Uma outra informante chega a descrever o mecanismo de ação: *“é mesmo aquilo, açúcar de ficar doce que atacava a bexiga, começa a doer, depois assim no doer, você como vai urinar os pingos de sangue” (EM7)* Seis entrevistados falam de coisas adocicadas, sem especificá-las. Um deles explica: *“é a doçura nem! Doce. Quando come muita coisa doce provocava essa doença (EH14).* Uma outra entrevistada confirma: *“antes, diziam que é muita coisa doce também provoca samba” (EM27).* Cinco entrevistados vão referir-se simplesmente ao consumo de açúcar como causa de *samba*. Uma deles comenta: *“se eu comer bué (muito) de açúcar, me provoca doença (EM3)”*.

Nos relatos dos entrevistados há ainda referências ao contágio como causa de *samba*. Um entrevistado deixa clara esta idéia quando diz que o contágio se dá nas “trocas de relações”: *“Geralmente, ela é doença que não se contamina se não fazer trocas de relações (...)” (EH10).* Outra informante mostra na sua fala que *samba* pode ser transmitido através de relações extra conjugais: *“Agora, não temos água nas valas, não temos nada. A mocidade de hoje, vão desculpar minhas irmãs, elas querem ter muitos homens e esses homens vêm de outro sítio, não é o marido dela de casa, por isso que está a apanhar essas doenças” (EM12).*

Essas mesmas idéias sobre o que pode causar *samba* são evocadas pelos entrevistados quando relatam o que deve ser feito para evitar essa doença. Vários entrevistados vão apontar a idéia de que não deve tomar banhos em valas. Uma entrevistada explica: *“quando começou essa doença de samba já não lhe deixamos*

tomar banho naquela vala” (EM28). Outro informante completa essa mesma idéia: *“de acordo com a orientação do médico, eu cumpri aquilo que preveniu que a criança não tivesse mais que permanecer muito tempo na vala”* (EH16). É interessante notar que alguns entrevistados dizem que samba já não é mais problema uma vez que as águas das valas secaram. Uma entrevistada observa: *“desde que as valas secaram também não existe mais isso”* (EM29). Uma outra complementa: *“a água na vala já não existe, por isso essa doença está a desaparecer pouco a pouco”* (EM31).

Vários entrevistados disseram que para evitar a *samba* é preciso evitar a cana. Uma entrevistada conta: *“a minha mãe também nos proibia (...) nem comer muita cana”* (EM5). Uma outra entrevistada explica que é preciso limitar o consumo de *“coisas muito doces, eh pá! Controlar-me eu própria (...) tem que me proteger para aquilo não tornar a voltar”* (EM27).

Embora de forma um pouco velada, há também nas entrevistas a idéia de que aqueles que têm *samba* devem fazer abstinência sexual: *Bem, quando tem essa doença, o que é que a pessoa não deverá fazer? Primeiro nós como adultos, se te acontecer, não se pode utilizar pelo menos direito caseiro do período noturno, tem que ser separado (Abstenção sexual)* (EH30).

Tratamento

Vinte e sete entrevistados afirmam que quando se tem essa doença, o melhor é recorrer ao hospital. Uma entrevistada explica que o tratamento moderno deve ser feito antes do caseiro para evitar-se os atrasos: *“o que é mais correto é levar para o hospital, porque eu não tenho máquina para examinar; quem tem máquina são os médicos. Nós vamos fazer o medicamento tradicional, às vezes depois pode vir piorar e depois quando piorar com que vou levar para o hospital, é um atraso para mim”* (EM1). Um outro entrevistado concorda que os atrasos podem ter conseqüências graves: *“O que lhe preocupou é quando viu que as dores eram demais, já não estava a urinar, então, a única alternativa é foi no hospital. Disseram lhe que deixou ultrapassar a doença, é por isso você está assim, assim, internou, fizeram o serviço, meteram na sonda, ele conseguiu urinar”* (EH9). Um outro entrevistado explica que nem sempre indo ao hospital o problema está resolvido: *“o*

nosso direito mesmo é ir ao hospital, mas quando vai ao hospital também só faz receita, agora para dizer que o medicamento tá aqui, precisa ter dinheiro” (EH25).

Outros entrevistados concordam que é importante tratar, mas são menos convictos quanto ao tipo de tratamento que deve ser feito em primeiro lugar. Um entrevistado diz: *“deveria se prevenir diretamente e ir diretamente no quem sabe tratar. Porque a doença de samba por acaso é uma doença muito perigosa. É essencial que a gente deve correr diretamente no posto médico ou então no posto de atendimento de uma velha que conhece alguns medicamentos tradicionais, só assim, que a pessoa fica superada (EH30).*

Cinco entrevistados afirmam que algumas pessoas preferem esconder que têm samba. Uma entrevistada explica: *“eu acho que ainda as pessoas com essa doença e que são muito fechadas mesmo sabendo que tá doente, tem vergonha por saber o tipo de doença que tem. Então, com vergonha prefere se fechar em vez de ir ter com o médico, o médico de saber o jeito que ele vai fazer, não. Fica em casa encaixado com a mesma doença” (EM27).*

Com relação ao tratamento realizado nos casos relatados, três entrevistados afirmaram que nenhum tratamento foi feito e dois não souberam. Todos os outros relataram a realização de tratamentos moderno e/ou tradicional. O quadro a seguir apresenta uma síntese do tipo de tratamento realizado e do motivo dessa escolha.

Quadro 4 - Idéias sobre o tratamento

Idéias sobre o tratamento	
Tratamento Moderno	Acha que é eficaz Caseiro não deu certo Não conhece outro tipo Outros
Tratamento tradicional	Por ser eficaz Faz parte das suas tradições Não conhece outro Outros

As entrevistas deixam claro que a busca de tratamentos tradicionais e modernos é feita sucessivamente, simultaneamente ou exclusivamente, assim um mesmo entrevistado pode ter relatado uma ou várias escolhas e, da mesma forma, distintas razões. As principais razões de escolha para cada tipo de tratamento serão apresentadas a seguir.

Vinte um entrevistados explicam que recorreram ao tratamento moderno por considerá-lo eficaz. Uma entrevistada comenta: *“No hospital cura porque já vai à máquina para verificar onde que está o bicho, onde é que está a ferida, porque aquele já é uma infecção, isso, por isso é que no hospital cura”* (EM17). Outra entrevistada confirma: *“fui logo ao hospital porque lá também tem medicamento que cura essa doença”* (EM3). Ainda outra completa: *“É levar no hospital, explicavam, faziam análises, davam comprimidos, tomam comprimidos e aquilo já passa”* (EM43).

Os relatos apresentados a seguir ilustram o reconhecimento da eficácia pelos entrevistados que escolheram o tratamento moderno:

“Eu levei para o hospital, lá me deram a medicação, passou mesmo, até hoje nunca mais apanhou” (EM1),

“(...) achei mesmo que o comprimido que me deram que ia me ajudar com ele, fui logo ao hospital porque lá também tem medicamento que cura essa doença” (EM3),

“(...) fui até lá no hospital, disse que estou a me sentir isso, isso, então ali me deu os comprimidos mais outra coisa, chegou em casa, tomei, pronto e tô me sentir bem, até agora” (EH4)

“Fiquei curado sim, sim, pronto, desde que tive aquela doença, aquela doença passou e até aqui onde estou com essa idade nunca tive mais esse problema” (EH11)

“Tratavam, iam ao hospital, ali onde faziam à consulta e faziam todo o seu tratamento, ficavam curados” (EH14),

“O tratamento foi muito bom, mesmo bom, porque fiquei curada” (EM28), “No hospital apanhou ampolas de penicilina, a doença de samba passou, até agora nunca mais” (EM33).

Dez informantes explicam que só optaram pelo tratamento moderno quando tratamento o caseiro não deu certo: Uma entrevistada explica que: *“Primeiro tem que ver o tratamento tradicional, se não dar bem, depois é que ia ao hospital” (EM5).* Outro entrevistado completa dizendo que *“os mais velhos correm sempre para as raízes: “para ver se combatesse. Se combater, parava, mais caso não conseguisse combater, iam para o hospital” (EH6).* Uma senhora explica: *“primeiro tratamento é mesmo dessa missanga, aquelas bolinhas, mesmo assim, aquilo não passou. Bebia-se conforme a gente bebe comprimidos com água, primeiro mete as bolinhas na boca, depois bebe água, mas não fiquei curada, aquilo era só para normalizar (aliviar), porque não curava” (EM39).* Ainda um outro entrevistado ressalta que o medicamento caseiro só serve para aliviar: *“se aquilo não acabasse num só momento, era preciso ir ao hospital para combater com os comprimidos e as injeções” (EH2).*

Quatro dos informantes explicam que optaram pelo tratamento moderno por não conhecer outro tipo de tratamento. Uma informante relata sua própria experiência: *“la logo para o hospital, aquela pessoa que não sabe outro medicamento tradicional vai logo a correr para o hospital, eu mesmo cá comigo como não sei, vai logo para o hospital” (EM1).* Outro informante diz que não conhece o tratamento caseiro: *“bom, caseiramente, geralmente não conheço” (EH10).*

Quatorze entrevistados disseram que ter recorrido ao tratamento tradicional por considerá-lo eficaz. Uma informante explica detalhadamente como é feito o tratamento tradicional; *“Esse medicamento é tipo feijão, então a minha mãe trouxe em casa e cascou-se, se reparar os tais medicamentos é uma bolinha bem pequenina, tem uma parte vermelha mesmo, outra parte preta. A minha mãe disse toma e bebe e você pode beber sem água” (EM5).* Em seguida, a mesma

entrevistada completa ressaltando sua eficácia: *“a mim mesmo curou dali mesmo que me dava aquilo, ali passou, a minha mãe não precisou mais me levar no hospital, aquilo passou”* (EM5). Um outro entrevistado fala de um outro tipo de tratamento caseiro, mas também reafirma sua eficácia: *“as folhas, a minha mãe fervia, deixava esfriar depois é que nós tomávamos. E nunca tive mais essa doença de samba. Agora não sei se está sempre aí dentro, mas nunca mais tive”* (EM8). Uma entrevistada sugere que o tratamento caseiro seja mais eficaz que o moderno: *“depois os meus pais me meteram no hospital da Açucareira, depois eles davam-me comprimidos, mas a minha mãe fazia também tratamento caseiro, então por causa dos caseiros, aquilo depois curou”* (EM12). Uma informante vai ainda mais longe dizendo que tratamento moderno agravava o quadro e só o tratamento tradicional curava: *“Quando ia lá no hospital fazer injeções parece aquilo piorava, a minha velha suspendeu, mas como elas são velhas, as outras mães lhe ensinaram também das folhas, pisava e dava de beber de manhã e a tarde. Nós vimos a miúda quando tá mijar, já não tava sair muito, curou a miúda”* (EM28).

Sete entrevistados explicam que optaram pelo tratamento caseiro porque ele faz parte da tradição. Uma entrevistada explica: *“os mais velhos traziam medicamentos tradicionais, não iam ao hospital não, passava mesmo (...), Diziam à mãe e ali a mãe percebia, ia buscar uns medicamentos tradicionais também e vinha, trazia aquilo e a própria criança bebia e ali passava mesmo essa doença”* (EH41).

A maioria dos entrevistados que relatou ter optado pelo tratamento acredita que ele é eficaz. Seguem-se alguns relatos que ilustram bem essa idéia:

“Sinceramente, evitava mesmo a doença por acaso” (EH2).

“Aquela coisa, sanganguenha (...) as pessoas bebem e a doença acaba, por acaso é bom, cura também, sim senhora” (EH4),

“Tinha um tipo de medicamento assim de kimbundu, assim umas bolinhas vermelhas e pretas, você bebe, aquilo passa” (EM7),

“Sim, muito bom, faz bem a saúde, sim, curava muito bem” (EH13),

“Curava e eu fiquei curado com esse medicamento do capim” (EH21),

“Não, já não voltava, já não voltava. Ele apanhava aquele medicamento, tomava uns tantos comprimidos (sementes), quase já comprimidos, umas bolinhas, ele tomava, já não voltava mais”, “Já não notei se fez outro tratamento, só notei aquele medicamento que lhe disseram nas pessoas mais velhas. Ele tomou aquilo e passou” (EH24),

“Tratamos com um remédio de umbundu que cavamos no mato onde estávamos esse remédio chamado Nondo. Cozinhamos, fervemos e depois de arrefecido era bebido e a doença passou” (EM35).

Entretanto alguns entrevistados referem-se a uma eficácia relativa. Um entrevistado afirma que o medicamento tradicional é como uma primeira fase do tratamento, só serve para aliviar: *“se aquilo não acabasse num só momento, era preciso ir ao hospital para combater com os comprimidos” (EH2).*

Quadro 5 - Percepção sobre a Reinfecção

Percepção sobre a Reinfecção	
Sim	Se comer cana, coisas adocicadas e banhar na vala Contato com a água Bactérias Pisar no Xixi Beber água maltratada sem ferver
Não	Por fazer tratamento
Não Sabe Dizer	Não souberam explicar

Seis entrevistados não souberam dizer se uma vez tratada a doença poderia voltar. Dez informantes afirmam que é possível voltar a ter a doença mesmo após ter realizado um tratamento eficaz. Eles explicam que isso acontece quando a pessoa

volta a tomar banho ou a beber água das valas e/ou comer cana ou outras coisas doces. Essa idéia aparece claramente nos seguintes relatos:

“Bom esta pessoa deveria ter de novamente essa doença caso não cumprisse com regulamento, porque essa doença é uma doença provocada mesmo por nós. Quer dizer, comer muita coisa por excesso doce, e também abusar da água parada, quando mais as pessoas são advertidas que a doença está vir a partir das águas paradas, coisas doces, caso que não meter a mente, deixa andar quer dizer que voltava de novo” (EH2).

“Sim, algumas pessoas ficavam curadas de permanentemente (definitivamente), mas as outras depois de certo tempo voltavam a urinar sangue de novo. Por causa do uso não limitado da cana, não limitavam a beber águas dos charcos, águas paradas, volta então” (EH6).

“Volta de novo à doença sim, se continuar a comer cana e banhar na vala” (EM7).

“Eu acho que poderia ter, pode voltar mais a doença, porque aquilo (cana e água) é que provocava, eu acho isso” (EM8).

“Continua sempre a ficar doente, se ele mastiga a cana demasiada e tomar banho, de muito tempo na água, continua sim, a doença nunca vai acabar no corpo” (EH15).

Nove entrevistados acreditam que o fato de fazer um eficaz tratamento impede totalmente à volta da doença. Uma informante diz *“acho que o medicamento, o tratamento que tomou que fez efeito para a doença não voltar mais” (EM28)* Outra informante afirma que depois que tomou o remédio, seu filho nunca mais voltou a ter samba, mesmo não mudando seus hábitos em relação à água: *“eu disse que o meu filho apanhou aquela medicação, nunca mais apanhou aquela doença (...) Tava sempre a tomar banho, mas já não apanhou” (EM1)*. Ainda, outra informante explica que após o tratamento, mesmo ingerindo açúcar a pessoa já não volta a ter a

doença: *“mesmo se e ela comer açúcar, sente só na barriga, mijar sangue nunca (...) já não lhe faz mais nada, porque já tomou medicamento”* (EM3).

Apenas um entrevistado afirmou que um novo contato com a água pode trazer a doença outra vez: *“quando a doença voltou, eu trabalhava numa lavra, nós trabalhávamos numa baixa, é lagoa e na lagoa quando acabávamos, vamos sempre lavar as pernas, aquele lodo) e, portanto aquela doença apanhava-se sempre na lagoa”* (EH9).

Quanto ao que deve ser feito para impedir que a doença volte, alguns entrevistados afirmam que basta não comer cana ou banhar-se nas valas. *“uma das coisas que eu já não fiquei mais doente, é cumprir aquilo que a mãe nos preveniu (não comer cana nem banhar na vala) (EM5)*. Outros entrevistados afirmam que basta não beber água sem tratamento. Um deles explica que *“antes de beber, ferver primeiro, depois de ferver, meter ali para esfriar, passando tempo ou dormindo mesmo para matar aqueles micróbios”* (EH32).

Vários entrevistados não souberam apontar o que deveria ser feito para impedir que a *samba* voltasse: *“mastigar a cana, ainda mastigo, até agora, nunca mais peguei essa doença. Tomar banho na vala, naquela altura, nós banhávamos na vala porcamente, naquela altura, nós tomávamos banho nu e piloto (expressão que quer dizer totalmente nu) e agora sou mais velho tomamos banho com calção. E até hoje sempre mastigo a cana, se a água na vala vem sempre tomo banho, nunca provocou mais essa doença”* (EH21).

Repercussões

De maneira geral considera-se que *samba* não traz grandes repercussões para a vida da pessoa acometida. A fala de uma entrevistada ilustra essa idéia: *“vida dele continuou a ser a mesma”* (EM1). Uma outra entrevistada explica que quem tem *samba* não é discriminado: *“não lhe afastamos por causa da doença”* (EM3). Ainda outro entrevistado completa: *“vivíamos tudo bem, comiam juntos, brincavam juntos”* (EH18). A explicação que muitos entrevistados oferecem para essa situação é que trata-se de uma doença curável e não contagiosa. Um entrevistado afirma: *“não se*

muda nada porque a doença para nós não era transmissível, desculpe contagiosa” (EH6). Uma outra completa: *“a doença não transmitia, por isso, não deixava os nossos amigos assim separados, porque a doença não transmitia”* (EM1), essa mesma entrevistada explica também que a reação da comunidade decorre por ser uma doença muito comum entre as crianças do bairro: *“Todas as crianças tinham essa doença, e os amigos continuavam a brincar com ele, não se afastaram, brincavam muito bem, não contaminava ninguém, era uma doença que estava a girar todas as crianças”* (EM1).

Quatro entrevistados afirmam que *samba* é uma doença transmissível e nesse caso implica em algumas precauções nas relações sociais. Um entrevistado diz que *“se relacionar com essa pessoa que sofre samba, também vai afetar”* (EH10). Dois entrevistados afirmam que quem tem *samba* deve evitar relações sexuais. Um deles afirma: *“Quando tem essa doença, o que é que a pessoa não deverá fazer? Primeiro nós como adultos, se te acontecer, não se pode utilizar pelo menos direito caseiro do período noturno, tem que ser separado (abstinência sexual)”* (EH30).

Alguns entrevistados referiram-se às mudanças desencadeadas pelos problemas físicos associados à *samba* (dor, febre, emagrecimento, fraqueza, etc.). Uma entrevistada diz que a vida de quem tem *samba* muda muito: *“muda porque a pessoa perde a resistência do corpo, a fraqueza em primeiro lugar, você se sente toda leve, leve, leve, yá!”* (EM27). Um outro entrevistado explica que a criança já não é como era: *“ele está a brincar, mas não é assim devidamente conforme ele estava. Está a ficar um pouco batido (...) anteriormente era mais forte, está a ficar um pouco estreito”* (EH22).

Fonte de Informação

É interessante notar que relativamente à fonte de informação, através da qual obtiveram as informações que possuem, a grande maioria dos entrevistados relata que trata-se de pessoas do próprio bairro, da família ou de conhecidos. Vários entrevistados vão dizer que aprenderam no bairro, outros especificam que aprenderam *“das bocas dos velhos”* que moram no bairro. Seguem vários relatos que ilustram essa idéia:

“Só isso que os mais velhos nos diziam memo” (EH4).

“Essa doença da samba, eu aprendi com as pessoas mais espertas na altura, eram bocado mais acadêmicos do que eu, aí, eu comecei a escutar cuidado com essas águas paradas, não se bebe, essas canas que vocês estão a comer, demais também provoca isso ali. Comecei a aprender com eles” (EH6).

“Aquilo foi através das mais velhas que conheciam, as mais velhas é que conheciam e ensinavam os pormenores” (EM12).

Onze entrevistados disseram que sua principal fonte de informação é a família e entre os familiares, os pais ou mais particularmente as mães são as pessoas mais citadas. Seguem relatos ilustrando essa idéia:

“Minha mãe é que sabe, eu não sei” (EM5).

“Eu escutei na boca da minha mãe, não sei se veio da onde, como isso veio” (EM5).

“Aprendeu mesmo aqui com os nossos os pais, é uma doença que estava muito freqüente no tempo colonial e hoje em dia eu vejo pouco” (EH13).

“Bem, é memo aqui no bairro. Quando cresci, os meus pais diziam quando os meus irmãos urinavam um xixi assim cor amarela e assim no chão via se umas bolas de sangue, os meus pais diziam que é samba, então, ali donde fiquei a perceber que afinal samba vem da coisa doce” (EH14).

“Eu descobri essa doença, escutei isso à partir dos meus próprios pais, por isso, eu disse que os meus pais diziam de deixar de comer muita cana quando a cana já é queimada, porque isso traz aquela doença que você vai começar a mijar sangue” (EH19).

“A minha mãe antes de vir aqui, morou nessas bandas de Ibendua, yá! Quando saiu dali veio morar aqui. Quando nascemos, começamos a

crescer, ela começou a nos explicar essa doença é assim, assim, assim. Nós também levamos na mente” (EM28).

“Quem mais falou sobre essa doença é a minha mãe que tinha me levado na avó Mbombo, avó Mbombo quem já ensinou tudo sobre a mesma doença e que sabia tratar” (EH30).

“A minha mãe é que me dizia sobre isso” (EM39).

Apenas um entrevistado referiu-se à mídia como fonte de informação. *Ele explica: “Na Rádio sim, tava a falar sobre essa doença” (EH4).* Dois entrevistados apontaram a escola como fonte de informação. Um deles fez curso de enfermagem e o outro conta que aprendeu com seu professor: *“o nosso professor tava a explicar que quem tem a doença de samba vai ao hospital” (EH23).* Dois entrevistados identificam os médicos como fonte de informação e um deles explica: *“isso foi mesmo através dos médicos que eu aprendi” (EH20).*

Um entrevistado reclama da ausência de informação sobre essa doença: *“os próprios médicos sabiam ou sabem sobre essa doença, deveríamos estar a escutar na rádio, eu nunca escutei bem essa doença na rádio a dizer assim que o que provoca a doença é isso, isso, isso (...)” (EH32).*

Programas Educativos

Quanto à existência de programas educativos visando o controle de *samba*, quase a totalidade dos informantes (37) respondeu que não existe e nunca houve nenhuma atividade desse tipo. Um entrevistado é bem enfático quando diz: *“nunca vi nem ONG nem governo nem a saúde Pública vir fazer a palestra ou alguma orientação acerca dessa doença, essa é a primeira vez que a gente verifica essa parte” (EH10).* Outros relatos que ilustram esta idéia são mencionados a seguir:

“(...) aqui, na vila durante o tempo que estou aqui, nunca me apareceu um sujeito dizer porque quando tem essa doença deve fazer isso” (EH30).

“(...) desde que estou aqui a trabalhar, nunca ouvi ninguém a falar, nunca” (EH36).

“Não, não apareceu ninguém” (EM39).

“(...) nunca apareceu até mesmo agora” (EH40).

“Não, por acaso, ninguém me falou” (EH44).

É ainda interessante que muitas pessoas se referem à *samba* como uma doença do passado. Quando interrogados explicitamente sobre a existência de *samba* no bairro, vários entrevistados afirmam que essa doença já não é muito frequente. Os relatos apresentados a seguir ilustram essa idéia:

“(...) essa doença já é de muito tempo, esse tempo aqui, já não está a aparecer mais” (EM7).

“(...) geralmente para a minha família não, mas também nem com os vizinhos ouço-lhes queixar mais de samba como atuava outrora” (EH18).

“Atualmente, vê-se que essa doença reduziu bastante, já é difícil encontrar uma criança com esta doença de mijar sangue” (EH19).

“Não, neste momento ainda nunca vi mais essa doença, desapareceu” (EH21).

“Eu acho que já não está assim muito exagerado como antes, agora tá ao menos” (EM31).

“Aqui no bairro já não posso falar de ninguém, nem mais velhos nem crianças a se reclamar mais dessa doença. Já estou aqui há oito anos” (EM37).

Entre aqueles que afirmam que a doença diminuiu, apenas um entrevistado interroga-se sobre a possibilidade de não se ouvir falar de *samba* porque as pessoas

estariam escondendo: *“Bom, não tem mais samba aqui no bairro, não sei nem! Às vezes fica escondido, não quer falar no meio dos outros” (EM43).*

Apenas três entrevistados acreditam que *samba* ainda seja uma doença freqüente entre eles. São apresentados a seguir alguns relatos que ilustram essa idéia:

“Nesse bairro, a freqüência dessa doença é mesmo positiva. Aqui ninguém é negativo, seja criança ou mais velha é positivo na parte das vias urinárias” (EH10).

“Tá continuar, tá continuar, sei que continua porque tinha alguns dois filhos que apanharam esses problemas” (EH20).

“Bem, atualmente ainda há, há alguns com essa doença, por exemplo, o meu irmão memo tem essa doença” (EH41).

VII - DISCUSSÃO

Antes de iniciar a discussão de dados, gostaríamos de retomar a distinção entre *disease* e *illness*, estabelecida por EISENBERG (1977). Essa distinção que é central em antropologia médica facilita uma síntese analítica dos resultados do presente estudo. O conjunto de entrevistas realizado sobre a *samba* veicula um discurso aparentemente semelhante ao discurso biomédico sobre a esquistossomose hematóbica (*disease*). Entretanto, uma análise cuidadosa das entrevistas nos apresentou a uma concepção particular dessa doença (*illness*).

Do ponto de vista da biomedicina, a esquistossomose hematóbica (*disease*) é caracterizada clinicamente por três sintomas principais que são a hematúria (sangue na urina), polaquiúria (aumento da frequência de urina) e disúria (dor ao urinar) e são esses três sintomas que permitem fazer um diagnóstico clínico dessa doença. Considera-se que sua transmissão dependa de alguns fatores como: a) fontes de infecção, que são as pessoas parasitadas pelo schistosoma, b) a presença do hospedeiro intermediário, nesse caso “o *Bulinus*”, c) Coleções de água doce, de superfície, adequadas à vida de moluscos intermediários e às fases da vida livre dos parasitos, d) hábitos da população que dependem das condições sócio-econômicas e do seu *Modus Vivendu*, que por um lado obrigam ou induzem os habitantes a contato freqüente com essas coleções hídricas e ainda facilita a sua poluição com excretas humanas e que por outro lado leva os indivíduos a se exporem aos ataques cercarianos (REY, 2001).

A análise do conjunto de entrevistas com os habitantes de Sassacária nos colocou frente a uma rede cultural de significados interligando idéias sobre manifestações, gravidade, causas e tratamentos e configurando maneiras típicas de pensar e agir frente à *samba* (*illness*).

Todos os entrevistados afirmaram ter familiaridade com a *samba*, uma doença caracterizada pela presença de “*sangue na urina*”. Para a maioria dos entrevistados, a *samba* é uma doença que existiu no passado e mesmo sem ter clareza absoluta sobre sua etiologia, muitos entrevistados consideram que o fato de não existir mais valas, nem plantações de cana na região é um indicativo da ausência da *doença* no momento atual.

Segundo estudos CAP, mencionados anteriormente (RELATÓRIOS de PNCS, 2001, 2002, 2003), a população dessas áreas não tinha familiaridade com a esquistossomose. Poderíamos pensar que se esse estudo tivesse utilizado termos locais, o resultado seria diferente. Esse fato nos levar a sugerir que programas educativos devem utilizar termos localmente conhecidos.

A análise do conjunto de entrevistas deixou claro que a doença *samba* é percebida pelos informantes de Sassacária como uma doença que desencadeia problemas específicos. Para todos eles, é o fato de urinar sangue que permite suspeitar e, mesmo, detectar a presença da doença. Todos eles concordam que a confirmação da doença só pode ser feita pela presença de sangue na urina. Segundo eles, o sangue pode apresentar-se em forma de bolas, bolinhas, pingos ou pinguinhos e a forma, intensidade persistência do sangue na urina que determinam a severidade da doença e direcionam o tratamento a ser feito.

Nosso estudo revelou também que as pessoas se assustam com a presença de sangue e que elas, mas principalmente os homens, consideram constrangedor urinar sangue e percebem a *samba* como uma doença vergonhosa. Cabe ressaltar que esta mesma idéia foi encontrada na Tanzânia por MWANGA et al. (2004).

HELMAN (1994) resalta que o sangue está na base das teorias leigas sobre diversas doenças. Segundo esse autor, o sangue é percebido como um líquido vital que circula e permanece dentro do corpo, somente aparecendo na superfície em casos de ferimentos, doença, menstruação ou parto. A vergonha e a ameaça reveladas em nosso estudo poderiam explicar-se, pelo menos parcialmente, pela exteriorização do que deveria permanecer no interior do corpo.

A presença de sangue na urina também foi apontada, juntamente com a dor intensa, como sinal de gravidade da doença. Na maioria dos relatos, a idéia de gravidade está associada efetivamente à necessidade de procurar ajuda no hospital seja devido à dor intensa, seja devido ao volume ou à forma de apresentação do sangue. A maioria dos entrevistados considera que o tratamento tradicional não é eficaz, nessa fase da doença. Entretanto, a existência de um tratamento eficaz foi considerada por alguns informantes como um elemento que determinava a não gravidade da doença. Cabe também notar que a ausência de sangramento contínuo

foi interpretada como sendo “normal”, mesmo quando havia sangramentos ocasionais.

O conjunto de entrevistas deixa claro que a maneira como são percebidas e valorizadas as manifestações da *samba* direciona os comportamentos das pessoas. Essa conexão entre percepção de sintomas e comportamentos também foi encontrada nos estudos de MWENESI et al. (1995) e BAGUMA (1996). Muito importante é o fato de que a fase aguda da esquistossomose hematóbica, caracterizada pela presença de sintomas gerais, não é percebida pelos entrevistados, pois como vimos a maioria deles referiu-se à presença do sangue na urina como sendo o início da doença.

Podemos concluir que, apesar de terem conhecimento acerca das manifestações da esquistossomose hematóbica, eles não sabem quando é que a doença começa ou como ela evolui. Este aspecto tem fortes implicações para o desenvolvimento de qualquer programa educativo e chama nossa atenção para que as ações educativas e de planejamento em saúde tenham como base *as maneiras de pensar e de agir de populações específicas frente a uma determinada doença*.

A água, a cana, os alimentos adocicados e o contágio foram evocados como causa principal de *samba*. Entretanto, a água referida pelos entrevistados tem características específicas tais como a água de valas, águas paradas ou estagnadas, água com capim, água com lama, água com micróbios, com bichos, a com bichinhos e, em poucos casos, água com caracóis. Nadar, beber dessas águas e/ou permanecer em contato com elas por muito tempo são ações percebidas pelos entrevistados como causadoras da doença. Idéias semelhantes são relatadas em um estudo feito em Camarões por BAUNI et al. (1998). A idéia que surge da maioria dos relatos é que se a água for limpa e não tiver impurezas, não existe a possibilidade de transmissão.

A cana foi considerada como uma outra importante causa da *samba*. Essa idéia também foi encontrada em um estudo realizado em Gana por ARYEETY et al. (1999). Muitos relatos evocam simultaneamente a água e a cana como causa da *samba*. Alguns entrevistados estendem às coisas muito doces ou açucaradas o poder de causar *samba*, como por exemplo, o café muito açucarado.

Houve ainda referências ao contágio como causa principal de *samba*. A conotação sexual que é dada a essa doença poderá ser conseqüente à idéia de acometimento dos órgãos genitais que constitui um assunto tabu em algumas culturas tradicionais africanas. Talvez, por essa mesma razão, alguns informantes preferiram esconder a doença.

Estas interpretações acerca da causa de *samba* vão determinar atitudes e comportamentos específicos frente a essa doença. Considerando que a causa da *samba* é a cana, considera-se se que para evitar ou prevenir essa doença é necessário fundamentalmente evitar o consumo de cana. Essas constatações reafirmam a importância de conhecer-se o contexto local e sua influência no desenvolvimento de práticas de risco ou protetoras em relação à transmissão das doenças endêmicas.

A maioria dos entrevistados reconhece que quando se tem essa doença, o melhor é ir ao hospital, outros concordam que é importante tratar, mas são menos convictos quanto ao tipo de tratamento que deve ser feito em primeiro lugar.

As entrevistas deixam claro que a busca de tratamentos tradicionais e modernos, é feita sucessivamente, simultaneamente ou exclusivamente, assim um mesmo entrevistado pode ter relatado uma ou várias escolhas e, da mesma forma, distintas razões. Quase a metade dos entrevistados afirma que o tratamento moderno é eficaz; essa avaliação surge no dia à dia, com a própria vivência da doença. Muitos entrevistados afirmam que adotaram o tratamento moderno, quando o tratamento caseiro não deu certo ou quando a doença agravou-se.

A idéia de que “*os mais velhos*” são conhecedores de raízes, sementes ou folhas descartada para muitos a hipótese de recorrer ao hospital, a não ser em situações extremas. Para eles, a opção é o tratamento tradicional, pois faz parte das tradições, é eficaz e ao alcance de todos. Entretanto alguns entrevistados reconhecem que sua eficácia é relativa.

Deve-se realçar que nas sociedades africanas, os terapeutas tradicionais são conhecidos por solucionar muitos problemas de saúde da comunidade. Assim qualquer ação preventiva, não poderia descartar a possibilidade de inclusão desses

terapeutas, principalmente levando em conta a ausência de infra-estruturas sanitárias, os problemas de acesso aos serviços de saúde disponíveis e as crenças das próprias comunidades em relação às doenças. Estudos feitos em Uganda por BAGUMA e BAUNI et al. (1996, 1998), demonstram como é que esses terapeutas tradicionais são envolvidos em programas preventivos e educativos.

Quanto à possibilidade de voltar a ter *samba* (reinfecção), alguns entrevistados afirmaram que é possível voltar a ter a doença mesmo após um tratamento eficaz, outros disseram que uma vez feito o tratamento a doença não voltava, outros ainda não souberam dizer se uma vez tratada a doença poderia voltar. Além disso, muitos não informam sobre o que fazem para impedir que a *samba* voltasse. Há toda uma confusão de conhecimentos acerca da reinfecção. Em relação ao desenvolvimento de programas educativos é preciso ressaltar que todo o cuidado é pouco quando o objetivo é transmitir conhecimentos que possam transformar suas opiniões quanto a isso, para que não haja re (interpretação) errada as atitudes e comportamentos a serem tomadas.

De uma maneira geral, considera-se que a *samba* não traz repercussões para a vida da pessoa acometida, nem discriminação, porque eles consideram que não é uma doença contagiosa, é curável e é uma doença conhecida no bairro. Entretanto, alguns entrevistados acreditam que *samba* é uma doença transmissível e neste caso acreditam ser necessárias algumas precauções nas relações sociais.

Quanto à fonte de informação, a maioria dos entrevistados diz ter aprendido no próprio bairro com os “*mais velhos*” e entre as pessoas da família, destacando-se a mãe. A referência aos velhos compreende-se, pois eles são considerados como os detentores do conhecimento e às mães, talvez por elas terem, nessa sociedade, a responsabilidade de cuidar a família e de serem a pessoa responsável por tudo que se refere ao processo saúde/doença da família. Apenas um informante referiu a mídia como fonte de informação e a escola foi citada por dois entrevistados. O conjunto de entrevistas revela as lacunas existentes quanto à informação sobre *samba*.

O conjunto de entrevistados afirma que não existe, nem nunca existiu qualquer programa educativo no bairro Sassacária. Cabe aos planejadores de ações de saúde identificar os problemas prevalentes nessa comunidade e investir na educação das pessoas da comunidade para que elas mesmas buscassem soluções para esses problemas.

Quando interrogados explicitamente sobre a existência atual de *samba* no bairro, muitos entrevistados afirmam que ela é uma doença do passado. Apesar de ser um problema conhecido, vivido e falado nesse bairro, *samba* representa um problema alheio nessa comunidade. Tal como no estudo de ROZEMBERG (1994), no estado de Espírito Santo - Brasil.

VIII - CONCLUSÃO

A análise do conjunto de entrevistas com os habitantes de Sassacária nos *colocou frente a* uma rede cultural de significados interligando idéias sobre manifestações, gravidade, causas e tratamentos e configurando *maneiras típicas de pensar e agir* frente à esquistossomose hematóbica. A identificação do termo local *samba* e a focalização dessa categoria popular pelo estudo permitiu alcançar uma visão global da percepção da esquistossomose hematóbica nessa população específica. Esse fato nos leva a concluir que programas educativos devem utilizar termos localmente conhecidos

A presença de sangue na urina é a pontada como a manifestação mais importante ou mesmo a única manifestação de *samba*. A severidade dessa doença também está associada à necessidade de procurar ajuda no hospital seja devido à dor intensa, seja devido ao volume ou à forma de apresentação do sangue. A fase aguda da esquistossomose hematóbica que é caracterizada pela presença de sintomas gerais é completamente desconhecida pelos entrevistados. Cabe ressaltar que o conhecimento dessa conexão cultural entre a percepção do que é relevante e os comportamentos das pessoas é de fundamental importância para o desenvolvimento de programas educativos e chama nossa atenção para que as ações educativas e de planejamento em saúde tenham como base *as maneiras de pensar e de agir* de populações específicas frente a uma determinada doença.

A água (rios, lagoas, valas, águas paradas, turvas e outras), a cana, os alimentos adocicados e o contágio foram apontados como causa de *samba*. Essas concepções etiológicas vão determinar atitudes e comportamentos específicos frente a essa doença. Os esforços para evitar ou prevenir essa doença serão dirigidos para os comportamentos identificados como perigosos. Essas constatações reafirmam a importância de conhecer-se o contexto local e sua influência no desenvolvimento de práticas de proteção ou desenvolver programas educativos que levem em conta os determinantes culturais de hábitos locais.

Outro dado de grande importância que surge das entrevistas é a frequência do recurso ao tratamento tradicional e a percepção de sua eficácia pelos entrevistados. Não se trata de encarar esses tratamentos unicamente como obstáculos a um

tratamento biomédico precoce e eficaz, mas como elementos que podem viabilizar programas educativos capazes de integrar pessoas reconhecidas pela comunidade como idosos e terapeutas tradicionais.

Há necessidade de uma discussão aprofundada entre técnicos da saúde e população, pondo de lado o saber médico, lembrando que do lado da população existe também saberes que precisam ser escutados e conhecidos e em conjunto planificar e executar ações preventivas e educativas adequadas à vida desta população de Sassacária.

Finalmente devemos ressaltar que o presente estudo apontou a necessidade de implementação de programas educativos junto à comunidade estudada e ao revelar um universo de maneiras típicas de pensar e agir frente à esquistossomose hematóbica, ele apontou também algumas diretrizes para a construção desses programas.

IX - BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

Agyepong IA. 1992. Malaria ethnomedical perceptions and practice in Adangbe farming community and implications for control. *Social Science and Medicine*, 35: 131-137.

Alves PC, Minayo MCS. 1998. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 174 pg.

Andriantseheno LM, & Rakotoarivony MC. 1998. "Aspects socioculturels de l'épilepsie chez le Malgache. "Enquête C.A.P. faite à Antananarivo", Clinique neurologique, Hôpital universitaire de Mahajanga, Madagascar. Manuscrit n°2123/NT 7. Communication présentée au 3ème congrès de neurologie tropicale, à Fort-de-France, Martinique, Nov/Dec.

Aryeetey ME et al. 1999. Health education and community participation in the control of urinary schistosomiasis in Ghana, *East Afr Med J.*, 76(6): 324-329, Jun.

Baguma P. 1996. The traditional treatment of AIDS in Uganda: benefits and problems. Keys issues and debates: traditional healers, *Soc Afri Sida*, (13): 4-6, Jul.

Bauni EK et al. 1998. People perception of HIV/STD Risk and unwanted pregnancy, *Reproline ® The Reading Room*.

Barbosa CS. 1996. "Esquistossomose em Pernambuco: Determinantes Bio-Ecológicas e Sócio-Culturais em Comunidade de Pequenos Agricultores da Zona da Mata", Defesa de Tese Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Jul.

Barbosa CS. 1998. "Epidemiology and Anthropology: an integrated approach dealing with bio-socio-cultural aspects as strategy for the control of endemic diseases, *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 93, (Suppl. 1): 59-62

Barbosa CS & Junior CEAC. 2000. A construção cultural da Esquistossomose em Comunidade Agrícola de Pernambuco *in* Doenças endêmicas, abordagens sociais, culturais e comportamentais, Rio de Janeiro, editora Fiocruz, pp 47.

Hewlett BS, Cline BL. 1997. "Anthropological Contributions to a Community-based Schistosomiasis, Control Project in Northern Cameroon" *Trop Med Int Health*, 2 (11): A25-36, Nov.

Chitsulo L, Engels D, Montresor A, Savioli L. 2000. The global of schistosomiasis and its control, *Acta Tropica* 77, 41-51.

Colombo MM, Pinto RV, Cappuccinelli P. 1998. Estudo sócio-demográfico, sanitário e da família rural da Funda, Clean Edizioni, pp 46.

Corin E, Uchôa E, Bibeau G, & Harnois G. 1989. Les attitudes Dans le Champ de la Santé Mentale. Repères Théoriques et Methodologiques pour une Étude Ethnographique et Comparative. Rapport Technique. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre collaborateur OMS.

Corin E, Bibeau G, Martin JC & Laplante R. 1990. Comprendre pour soigner autrement. Repères pour regionalizer les services de santé mentale, Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Corin et al. 1992b. Articulation et variations des systèmes des signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine*, 24 : 183-204.

Doumenge J P. et al. 1987. Atlas de la repartition mondiale des schistosomiasés, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux.

Engels D, Chitsulo L, Montresor A, Savioli L. 2002. The global epidemiological situation of Schistosomiasis and new approaches to control and research, *Acta Tropica* 82(2): 139-146, May.

Einterz EM. 2003. "Perceptions of malaria transmission, presentation of management in Northern Cameroon", *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 97, 51-52

Fincham S. 1992. Community health promotion programs. *Social Science and Medicine*, 35: 239-249.

Firmo JOA, Lima Costa MF, Uchôa E. 2004. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos, Rio de Janeiro, *Caderno de Saúde Pública*, 20 (04): 1029-1040 Jul/Ag.

Firmo JOA. 2003. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento e tratamento da hipertensão arterial entre idosos. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área da Saúde Pública, Rio de Janeiro, Jul.

Geertz C. 1989. A interpretação das Culturas, LTC Editora, Rio de Janeiro.

Good B. 1977. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 25-58.

Good B & Delvecchio Good MJ. 1980. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. *In: The Relevance of Social Science for Medicine* (L. Eisenberg & Kleinman, eds.), pp. 141-166, *Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.*

Good B & Delvecchio Good. 1982. Toward a Meaning-centered Analysis of Popular Illness Categories: "Fright-illness" and "Heart Distress" in Iran. *in: Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. Edited by AJ Marsella & G White, pp 141-166, *Dodrecht: D Reidel Publishing Co.*

Grácio MAA. 1977/78. Incidência da bilharziose vesical em escolares do distrito de Luanda, *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 5 (1-4): 171-175.

Grácio MAA. 1977/78. Contribuição para o conhecimento da incidência da bilharziose vesical no distrito de Benguela, I-Área de Bocoio (Vila Sousa Lara), *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 5 (1-4): 281-284.

Grácio MAA. 1977/78. Contribuição para o conhecimento da incidência da bilharziose vesical no distrito de Benguela, II-Concelho de Vila Mariano Machado (Ganda), *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 5 (1-4): 285-288.

Grácio MAA. 1977/78. Contribuição para o conhecimento da incidência da bilharziose vesical no distrito de Benguela, III-Concelho de Cubal, *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 5 (1-4): 289-292.

Gryseels BMAJ. 1990. Morbidity and Morbidity Control of Schistosomiasis mansoni in Sub-Saharan Africa, *Nederland*.

Gwatorisa PR, Ndamba J, Nyazema NZ. 1999. The impact of health education on the knowledge, attitudes and practices of a rural community with regards to schistosomiasis control using a plant molluscicide, *Phytolacca dodecandra*, *Cent Afr J Med*. 45(4): 94-97, Apr.

Helman CG. 1994. "Cultura, Saúde e Doença" 2ª Edição, Porto Alegre, 333pg.

Iarotski LS & Davis A. 1981. The Schistosomiasis problem in the world: results of a WHO questionnaire surveys. *Bull OMS*.

Katz N, Almeida K. 2003. "Esquistossomose, xistosa, barriga d'água" São Paulo, *Ciência e Cultura*, Vol.55, nº 1, Jan/Mar.

Kleinman A. 1980. *Patients and Healers in Context of Cultures. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press.

Kleinmam A. & Good B. (Eds.) 1985. *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California.

Kloos H. 1995. Human Behaviour, Health Education and Schistosomiasis Control: A Review, *Social Science & Medicine*, Vol 40, No 11, pp 1497-1511.

Lima Costa MF et al. 2000. Um estudo epidemiológico da efetividade de um programa educativo para o controle da esquistossomose em Minas Gerais, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Vol 5, No 1.

Magnussen P et al. 2001. The impact of a school health programme on the prevalence and morbidity of urinary schistosomiasis in Mwera Division, Pangani District, Tanzania, *Soc Trop Med* 95(1): 58-64, Jan-Feb.

Minayo MCS. 1991. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais, São Paulo, *Revista de Saúde Publica*, 25 (3): 235-238.

Minayo MCS. 2000. "O desafio do conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde", São Paulo - Rio de Janeiro, Hucitec – Abrasco, 7ª edição, pp 22-23.

Minayo MCS et al. 2001. "Pesquisa social, Teoria, método e criatividade", Petrópolis, Editora Vozes, 19ª edição, pp 16.

Morais JÁ. 1975. Schistosomíase mansoni em Angola: Notas sobre a sua recente difusão, *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, Lisboa, Vol 2 , N° 1-4.

Mwanga JR et al. 2004. Schistosomiasis related perceptions, attitudes and treatment-seeking practices in Magu district, Tanzania: Public health implication, *J. Biosoc Sci*, 36 (1): 63-81, Jan.

Mwenesi H, Harpham T, Snow RW. 1995. "Child Malaria Treatment Practices Among Mothers in Kenya" *Soc Sci Med*, Vol 40, n° 9, pp 1271-1277.

Parker M. 1993. " Bilharzia and the boys: questioning common assumptions" *Soc Sci Med*, Aug; 37 (4): 481-92.

Relatório do Ministério de Saúde. 1999. Notificação das doenças endêmicas, Angola.

Relatório do Programa Nacional do Controlo da Schistosomíase. 2001. Angola, Jun.

Relatório do Programa Nacional do Controlo da Schistosomíase. 2002. Angola, Nov.

Relatório do Programa Nacional do Controlo da Schistosomíase. 2003. Angola, Jun.

Relatório de Estágio. 2002. Avaliação sócio-sanitária do município de Dande-Bengo, Faculdade de Medicina, Angola.

Relatório sobre levantamento Sócio-Demográfico e Sanitário da comuna de Caxito no Dande-Bengo, 2002. Universidade Agostinho Neto, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Pública, Angola, Nov/Dez.

Rey L. 1991. Schistosoma haematobium e Esquistossomose: Epidemiologia e Controle, *in parasitologia*, Edição Guanabara Koogan, 2ª edição, Rio de Janeiro, pp 379-410.

Rey L. Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nas Américas e na África. 2001. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 856p.

Roy B. 2002. "Collection" Memoires et Thèses électroniques, Universités Laval (Citado em 17 de Setembro de 2004) Université Laval, Bibliothèque, Serveurs Memoires et thèses de l'université Laval. (www.theses.ulaval.ca/2002/19778/19778-première.html), Jan.

Roy B. 2002. Sang sucré, pouvoirs codés et médecine amère, Diabète et processus de construction identitaire: Les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit, Thèse présentée à la faculté des études supérieures de l'Université de Laval pour l'obtention du grade Philosophiae Doctor (Ph.D), Département d'Anthropologie, Faculté des Sciences Sociales, Université Laval, Québec, Jan.

Rozemberg B. 1994. Representação Social de eventos Somáticos ligados à Esquistossomose, *Caderno de Saúde Pública*, 10 (1) : 30-46.

Savioli L. et al. 1997. Control of schistosomiasis - A global picture, *Parasitol today*, 13 (11): 444-8, Nov.

Sevalho G. e Castiel LD. 1993. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença, *Caderno de Saúde Pública*, vol.9, nº3, Rio de Janeiro, Jul/Set.

Sousa CAP. 1996. Esquistossomose hematóbica, Distribuição da Doença e Organização Social do Espaço da Província do Bengo, Angola. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina – Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Sturrock RF.2001. Schistosomiasis Epidemiology and control: How Did We Get Here and Where Should We Go? *Mem Inst Oswaldo Cruz*, Vol 96, Suppl: 17-27, Rio de Janeiro.

Taylor P et al. 1987. Knowledge attitudes and practices in relation to Schistosomiasis in a rural community, *Social Science and Medicine*, 24: 607-611.

Tobar F, Yalour MF. 2002. Como fazer teses em saúde pública, conselhos, idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas, Fiocruz, Rio de Janeiro.

Uchôa E et al. 1993. Représentations culturelles et dis-qualification sociale: l'épilepsie dans trois groupes ethniques au Mali, *Psychopathologie Africaine*, 25: 33-57.

Uchôa E, Corin E & Bibeau G. 1993. Eléments d' une semiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara. Bwa et Soninké du Mali. *Anthropologie et Sociétés*, 17: 1-2, 125-156.

Uchôa E & Vidal J. 1994. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença, *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504 out/dez.

Demichelli WA & Uchôa. 1995. Qualitat, versão 1: um programa de análise qualitativa em microcomputadores. Laboratório de Epidemiologia e antropologia Médica, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Brasil.

Uchôa E. 1997. Epidemiologia e Antropologia. Contribuições a uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão *In: Canesqui A (org). Ciências sociais e saúde*, São Paulo: Hucitec-Abrasco, pp 87-112.

Uchôa E et al. 2000. The Control of Schistosomiasis in Brazil: An Ethno-Epidemiological study of Effectiveness of a Community Mobilization Program for Health Education, *Social Science & Medicine* 51, 1529-1541.

Uchôa E et al. 2002. Signos, Significados e Ações associadas a Doença de Chagas , *Caderno de Saúde pública* , Rio de Janeiro, 18 (1): 71-79 , Jan/Fev.

Utroska et al. 1989. Na estimate of global needs for praziquantel within schistosomiasis control programmes. World Health Organization WHO/Schisto/89.102.

Schall V, Diniz MC. 2001. Information and education in Schistosomiasis control: an analysis of the situation in the state of Minas Gerais, Brazil, *Mem Inst Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, Vol 96, Suppl.: 35-43.

Who. 1998. Rapport de la consultation informelle de l'OMS sur la lutte contre la schistosomiase, Genève, Dec.

Winch PJ et al. 1996. " Local Terminology for Febrile Illnesses in Bagamoyo District, Tanzania and its Impact on The design of a Community – Based Malaria Control Programme", *Soc Sci Med*, Vol 42, N° 7, pp 1057-1067.

Xiaonong Z, Minggang C, McManus D, Bergquist R. 2002. Schistosomiasis control in the 21 st century, Proceedings of the International Symposium on Schistosomiasis, Shangai, July 4-6, 2001, *Acta Tropica*, 82, 95-114.

X - ANEXOS

ANEXO 1**Signos, Significados e Ações associadas à esquistossomose hematóbica no bairro Sassacária, província de Bengo – Angola/ Março 2004.**

Nome do Entrevistado: _____

DELIMITAÇÃO DO CAMPO SEMÂNTICO

1. Você Já ouviu falar da schistosomiase? O que é?
2. Já ouviu falar da bilharziose? O que é?
3. Já ouviu falar de mijar sangue? O que é?
4. Como é que se apanha essa doença?

Bengo, aos _____ de _____ de 2004

ANEXO 2

Signos, Significados e Ações associadas à esquistossomose hematóbica, no bairro Sassacária, província de Bengo – Angola/ Março 2004.

Roteiro utilizado nas Entrevistas

(Entrevistados que tiveram ou tem samba)

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome do entrevistado

Residência

Idade

Ocupação

II – Informações

A) Sobre a familiaridade e morbidade da doença

1- Já ouviu falar de samba

2- Você já teve ou tem samba:

Como é que sabe ou sabia que tem ou tinha samba

O que é sente ou sentia

Além disso, que falou, sente ou sentia mais outra coisa

Pode me dizer o que é que sente ou sentia

B) Sobre etiologia e transmissão da doença

Como é que apanhava ou apanha isso

Tinha ou tem outra forma de apanhar isso

O que é que causa isso

C) Sobre a gravidade da doença

Samba era ou é grave

Porque é que era ou é grave

Porque não era ou não é grave

Tinha ou tem alguma coisa que podia ou pode piorar isso

D) Sobre o tratamento da doença

Tinha ou tem tratamento para isso

Qual era ou é o tratamento

Conhecia ou conhece outro tipo de tratamento

E esse tratamento era ou é bom

Esse tratamento cura

E) Outras informações sobre a doença

O que é que achava ou acha a melhor coisa a fazer quando tem samba

Quando você teve ou tem samba, mudou ou muda alguma coisa na sua vida

Mudou ou muda alguma coisa na vida da sua família

E na vida da sua comunidade

Onde é que aprendeu sobre samba

Alguma vez, alguém de fora, já veio vos falar sobre samba

Existe alguma atividade aqui no bairro sobre samba

O (a) Entrevistador (a): _____

A Supervisora: _____

Bengo, aos _____ de _____ de 2004

Signos, Significados e Ações associadas à esquistossomose hematóbica, no bairro Sassacária, província de Bengo – Angola/ Março 2004.

Roteiro utilizado nas Entrevistas

(Entrevistados que não tiveram ou não têm samba)

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome do entrevistado

Residência

Idade

Ocupação

II – INFORMAÇÕES

A) Sobre a familiaridade e morbidade da doença

1- Já ouviu falar de samba

2- Você nunca teve samba:

Conhece alguém que já teve ou tem um (a) filho (a), parente, amigo (a) ou vizinho (a) com samba

Como é que sabe ou sabia que ele (a) tem ou tinha samba

O que é ele (a) sente ou sentia

Além disso, que falou, ele (a) sente ou sentia mais outra coisa

Pode me dizer o que é que ele (a) sente ou sentia

B) Sobre etiologia e transmissão da doença

Como é que ele (a) apanhou ou apanha isso

Tinha ou tem outra forma dele (a) apanhar isso

O que é que causa ou causava isso

C) Sobre a gravidade da doença

Samba era ou é grave

Porque é que era ou é grave

Porque não era ou não é grave

Tinha ou tem alguma coisa que podia ou pode piorar isso

D) Sobre o tratamento da doença

Tinha ou tem tratamento para isso

Qual era ou é o tratamento

Conhecía ou conhece outro tipo de tratamento

E esse tratamento era ou é bom

Esse tratamento cura

E) Outras informações sobre a doença

O que é que achou ou acha a melhor coisa a fazer quando uma teve ou tem samba

Quando ele (a) teve ou tem samba, mudou ou muda alguma coisa na vida dele (a)

Mudou ou muda alguma coisa na vida da família dele (a)

E na vida da comunidade dele (a)

Onde é que aprendeu sobre samba

Alguma vez, alguém de fora, já veio vos falar sobre samba

Existe alguma atividade aqui no bairro sobre samba

O (a) Entrevistador (a):

A Supervisora:

Bengo, aos _____ de _____ de 2004

Anexo 3

LISTA DE CATEGORIAS

1-SIGNOS

INÍCIO (SI)	DIAGNÓSTICO (SD)	AGRAVAMENTO (SA)	NORMALIDADE (SN)
Comichão, sangue, dor, não sabe, gemer, nada, emagrecimento, urina turva, urina branca, urina amarela	Nada, comichão, sangue, dor, não sabe, gemer, fraqueza, emagrecimento, febre, bexiga pesada, palidez cutânea, análise de urina, choro, transfusão, urina vermelha, menstruação, não conseguir andar, sífilis, gonorréia, infecções urinárias, lesões da pele, Aids, paludismo, opressão da bexiga	Sangue, dor, bexiga pesada, chorar muito, contato com água, emagrecimento, isolamento, atividade forçada, fresco, palidez cutânea	Inexistência da doença, urinar sangue em períodos alternados, deixar de banhar na vala ou no rio

2- CAUSA

Causa (C)	Causa Protetora (CP)
Cana, água, micróbios, contágio, coisas adocicadas, açúcar, caracol, ovo de caracol, bichinhos, bichinhos do caracol, sexual, bactérias, alimentos, fezes, cartucheira da cintura (Da Mbunda), exercício físico, café muito doce, tandahodia,	Cana, água

3- GRAVIDADE

Grave (G)	Não Grave (NG)
Dor, sangue, não fazer nada, por ser doença, morte, pelas complicações, por não cumprir o tratamento, a procura do tratamento moderno, emagrecimento, multiplicação de ovos de bactérias.	Por fazer tratamento, por falar da doença precocemente, por iniciar o tratamento, porque não imobiliza o paciente, não leva à morte.

4- TRATAMENTO

Caseiro ou Tradicional (TT)	Moderno (TM)	Misto (Tm)
Não conhece outro, por ser eficaz, tradição, aliviar, poder financeiro, moderno não deu certo.	Não conhece outro, caseiro não deu certo, dor, sangue, por ser eficaz, acesso.	TT + TM

5- FONTE DE INFORMAÇÃO (F.I)

- Escola
- Família
- Médico
- Posto
- Hospital
- Bairro
- Mídia
- Outros

6- FAMILIARIDADE (FA)

Não	Sim
Nunca ouviu falar	Já teve, ouviu falar, família teve, alguém já teve

7- REPERCUSSÃO (REP)

Exclusão	Inclusão	Física
Envolvimento sexual	Por não ser contagiosa ou transmissível, familiar e na comunidade	Morte, emagrecimento, palidez cutânea

8- REINFECÇÃO (RI)

Sim	Não
Não sabe, cana, água, bactérias, contágio	Já fez tratamento, prevenir-se

9- NOME (NO)

10-ATITUDE FRENTE À DOENÇA (AD)

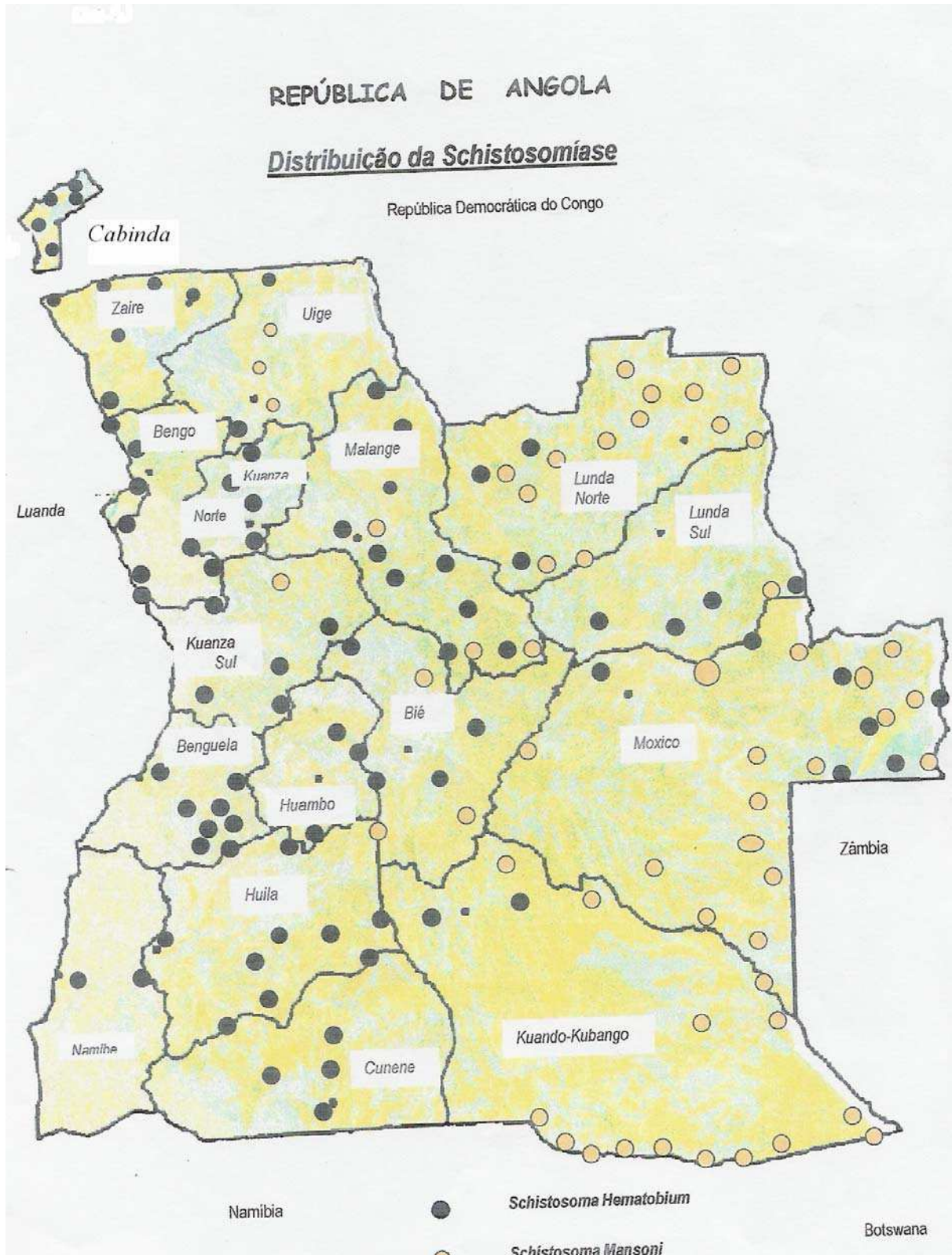
Negativo	Positivo
Não fazer nada, assustar, esconder a doença	Ir ao hospital, fazer tratamento

11-EXISTÊNCIA OU INICIATIVAS DE PROGRAMAS DE CONTROLE (EIPC)

Sim	Não

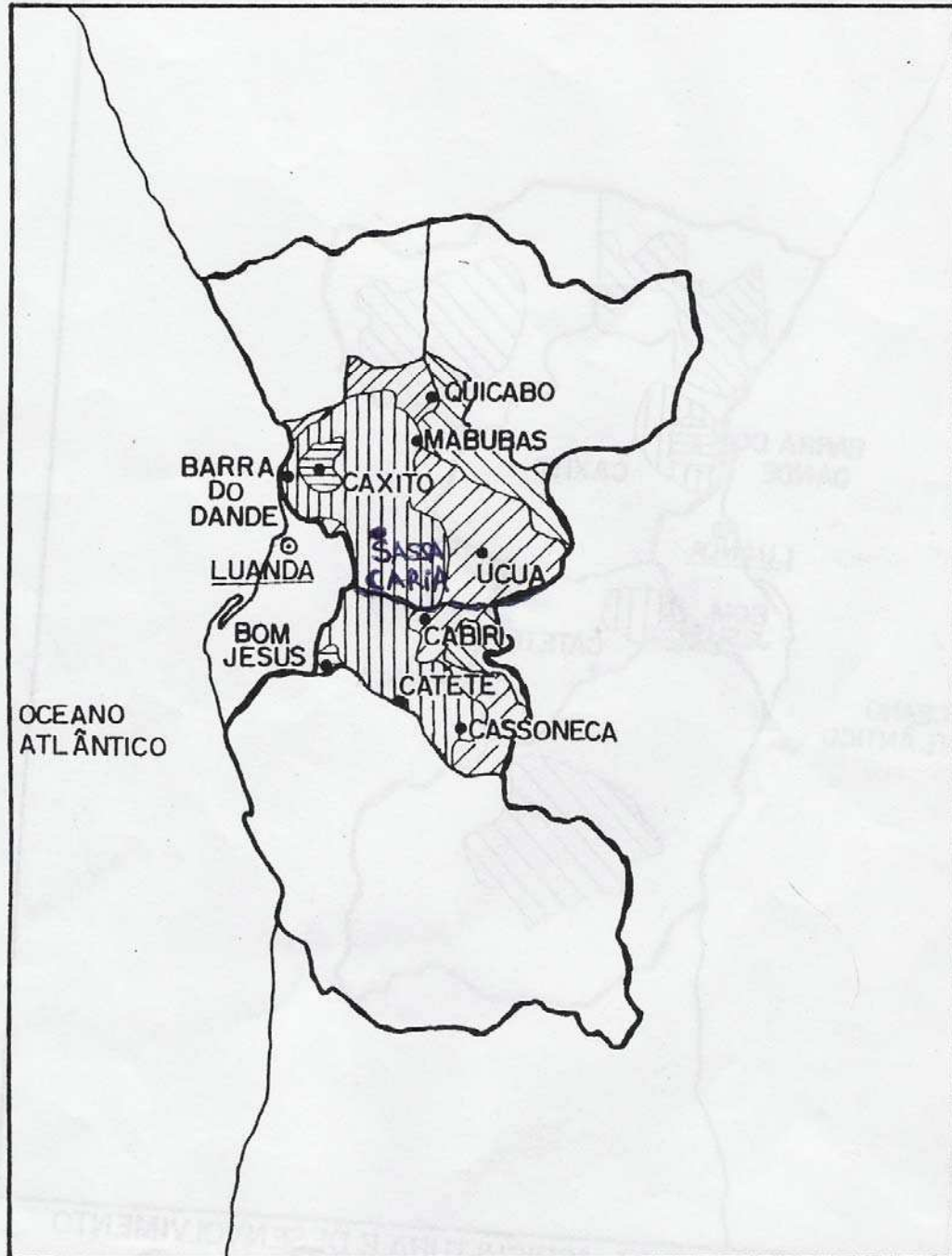
12-COMENTÁRIOS

Anexo 4









Anexo 5

PROVÍNCIA DO BONGO: ESQUISTOSSOMOSE HEMATOBICA



FONTE: SERVIÇO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICA DE ANGOLA

LEGENDA

- | | |
|--|--|
|  ZONA ENDÊMICA 1942 |  ZONA ENDÊMICA 1960 |
|  ZONA ENDÊMICA 1950 |  ZONA ENDÊMICA 1970 |
|  ZONA DE TRANSIÇÃO |  CIDADE |