



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane



UMA DOENÇA, DIVERSOS OLHARES: MALÁRIA E REPRESENTAÇÃO SOCIAL EM NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, MANAUS, AMAZONAS

JOÃO SIQUEIRA

Manaus – Amazonas
Fevereiro de 2008
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MULTIINSTITUCIONAL EM SAÚDE, SOCIEDADE E
ENDEMIAS NA AMAZÔNIA – UFAM/FIOCRUZ/UFPA.

JOÃO SIQUEIRA

UMA DOENÇA, DIVERSOS OLHARES: MALÁRIA E
REPRESENTAÇÃO SOCIAL EM NOSSA SENHORA DE FÁTIMA,
MANAUS, AMAZONAS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia – UFAM/FIOCRUZ/UFPA como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, área de concentração Determinantes Bio-sociais do Processo Saúde e Doença na Amazônia.

Orientadores: Dr. Hideraldo Lima da Costa

Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira (co-orientação)

MANAUS
2008

JOÃO SIQUEIRA

UMA DOENÇA, DIVERSOS OLHARES: MALÁRIA E
REPRESENTAÇÃO SOCIAL EM NOSSA SENHORA DE FÁTIMA,
MANAUS, AMAZONAS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia – UFAM/FIOCRUZ/UFPA como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia, área de concentração Determinantes Bio-sociais do Processo Saúde e Doença na Amazônia.

Aprovado em 31 de março de 2008

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Hideraldo Lima da Costa,
Presidente - (UFAM).**

**Prof^a Dra. Nísia Verônica Trindade Lima -
(FIOCRUZ- RJ)**

**Prof^a Dra. Maria das Graças Vale Barbosa -
(Instituto de Medicina Tropical – IMT)**

Siqueira, João

Uma doença, diversos olhares : malária e representação social em Nossa Senhora de Fátima, Manaus, Amazonas/
João Siqueira .-.Manaus : UFAM/FIOCRUZ/UFPA,
2008.

137 p.; Il., 29, 5cm x 21cm.

1. Malária – condições históricas. 2.Representações

sociais

A Maria Siqueira (mãe) e Joana D'arc
Rodrigues (cunhada) *in memoriam*.

A Júlia Maria, doce amada e Laurinha, flor bela da esperança.

AGRADECIMENTOS

A todos os moradores da comunidade Nossa Senhora de Fátima, indistintamente, motivo e inspiração para a realização deste trabalho;

Aos meus orientadores, professores Dr. Hideraldo Lima da Costa e Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira, que com muita paciência e humildade compartilharam seus conhecimentos por meio de críticas e sugestões que foram fundamentais para elaboração desta dissertação;

A minha família, que muita compreensão teve para comigo em todos os momentos da realização deste estudo;

A Didi, irmã querida que me fortaleceu a convicção no projeto humanista;

Ao meu cunhado Guto Rodrigues, pelas discussões diversas e pela acolhida sempre amiga em sua residência;

A Marinês da Silva Costa, sempre companheira e amiga no momento mais difícil da minha vida;

Aos amigos Jerry Luiz Soares, Ronaldo Antônio dos Santos, Izaura Rodrigues do Nascimento, José Vicente Aguiar, Lú dian Bentes, Luiz Fernando dos Santos, Ricardo Ossame, Antônio Oliveira, Edson Poeta, Alba Tatiana e Fabiane Vinente, pelas discussões e colaborações no processo de elaboração desta dissertação;

Aos professores Alfredo Wagner Berno de Almeida, Ricardo Ventura, Renan Freitas Pinto, Nelson Noronha e Henyo Barreto Filho pelas sugestões de leitura e ajuda na seleção bibliográfica;

A todos os professores do curso de mestrado Saúde, Sociedade e Endemias que me auxiliaram nesta empreitada;

Aos inesquecíveis colegas do curso de mestrado Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, pela gentileza e afeição durante a realização desta empreitada;

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que esse trabalho pudesse ser realizado,

Muito obrigado!

As pessoas, relações e coisas que povoam a existência humana manifestam-se essencialmente como valores e

significados – significados que não podem ser determinados a partir de propriedades biológicas ou físicas.

Marshall Sahlins (1997: 41)

RESUMO

Este estudo privilegia aspectos de caráter histórico e social relacionados com a ocorrência da malária e sua interpretação num contexto específico. O *locus* do estudo é a comunidade Nossa Senhora de Fátima, localizada no Igarapé Tarumã-Mirim, distante 8 Km da cidade de Manaus. O objetivo central do estudo é a análise das condições históricas e sociais ligadas à produção da malária e sua relação com as formas culturais observadas no contexto da comunidade. O grupo estudado é composto por 11 mães, com idade entre 23 e 40 anos, todas com residência fixa e com tempo de moradia, na comunidade, superior a 3 anos, cujos filhos foram infectados por malária. A partir da identificação de categorias e práticas culturais relacionadas ao cuidado materno-infantil diante da malária, a pesquisa analisa aspectos envolvendo as representações sociais da doença e as categorias sociais e práticas culturais identificadas no grupo pesquisado. No caso estudado, tanto a história de longa data da presença da doença em Nossa Senhora de Fátima como as representações sociais elaboradas por seus moradores, constituem importantes elementos da análise e da discussão em torno da endemicidade da malária e

da baixa capacidade de resposta que o sistema de saúde local oferece ao problema.

Palavras-chave: malária, representação social, materno-infantil, Manaus.

ABSTRACT

This study focuses aspects of character and social history related to the occurrence of malaria in Manaus and its interpretation in a particular context. The *locus* of the research community is Nossa Senhora de Fátima, located in Igarapé Tarumã-Mirim, 8 Km away from the city of Manaus. The purpose of the study is the analysis of historical and social conditions related to the production of malaria and its relationship to cultural ways of confronting the disease observed in a particular context. The study group is composed of 11 mothers, aged between 23 and 40 years, all with fixed residence and time of residence in the community over 3 years, whose children were infected with malaria. From the identification of social categories and cultural practices related to maternal and child care ahead of malaria, the study examines issues involving social representations of the disease and cultural practices observed in the group searched. In the case studied, both the history of long-standing presence of the malaria in Nossa Senhora de Fátima as social representations made by its residents, are

important elements of the analysis and discussion around the endemic malaria and low capacity to respond the health system boasts the problem.

Keywords: malaria; social representation; maternal and child; Manaus

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da malária no mundo / 2005.....	17
Figura 2 – Áreas de transmissão da malária no Brasil / 2005	18
Figura 3 – Localização da comunidade N.S. de Fátima.....	20
Figura 4 – Bairros de Manaus em 2002	25
Figura 5 – Taxa média de crescimento da população em Manaus.....	27
Figura 6 - Área de maior transmissão da malária em Manaus / 1995.....	38
Figura 7 – Comparativo da mortalidade por paludismo e tuberculose de 1922 a 1943.....	43

Figura 8 – Traçado das BRs 174, 230 e 319.....	49
Figura 9 – Mapa de transmissão da malária no município de Manaus / 2004....	58
Figura 10 – Vista frontal da comunidade N.S. de Fátima.....	69
Figura 11 – Ocupação dos moradores em N.S. de Fátima.....	74
Figura 12 – Religião dos moradores em N.S. de Fátima.....	76
Figura 13 – Perfil de alfabetização dos moradores.....	77
Figura 14 – Estado civil dos moradores.....	78
Figura 15 - Croqui da comunidade N.S. de Fátima	81
Figura 16 – Realização de lâmina em paciente com suspeita de malária.....	96
Figura 17 – Principais doenças referidas por moradores.....	97
Figura 18 – Unidade Básica de Saúde Rural da comunidade.....	98
Figura 19 – Mães em atividades domésticas.....	101
Figura 20 – Ingestão de medicamento por criança com malária.....	113

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Histórico da malária em Manaus – 1962/2004.....	29
--	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Boletim epidemiológico SIVEP-MALÁRIA.....	90
Quadro 2 – Resumo epidemiológico da malária em N.S. de Fátima/2007.....	95
Quadro 3 – Roteiro semi-estruturado de análise da representação social da doença.....	108/109

RELAÇÃO DE SIGLAS

MS – Ministério da Saúde

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

UFPA – Universidade Federal do Pará

SUS – Serviço Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

SUSAM – Secretaria de Estado de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

SESP – Serviço de Saúde Pública

SNM – Serviço Nacional de Malária

CEM – Campanha de Erradicação da Malária

DENERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais

SUCAM – Superintendência de Campanha de Saúde Pública

ZFM – Zona Franca de Manaus

SUMÁRIO

PARTE I

PULSAÇÕES DO LUGAR: APROXIMAÇÃO ACERCA DO CONTEXTO E DA HISTÓRIA DA MALÁRIA EM MANAUS

1. INTRODUÇÃO À SITUAÇÃO-PROBLEMA	15
2. O CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO.....	21
2.1. Introdução	21
2.2. O projeto ZFM e o movimento migratório.....	23
2.3. Pressão demográfica=disparidades sociais+endemias.....	26
3. ELEMENTOS PARA DISCUSSÃO ACERCA DA MALÁRIA EM MANAUS...31	
3.1. Introdução	31
3.2. Ensaio e trabalhos pioneiros sobre malária em Manaus.....	32
3.3. Sobre crises epidêmicas em Manaus.....	36
4. UMA DOENÇA, DIVERSOS OLHARES	40
4.1. Introdução.....	40
4.2. Idéias que marcaram o debate sobre malária na Amazônia.....	41
5. DINÂMICA E ESPACIALIZAÇÃO DA MALÁRIA.....	52
5.1. Características e fatores condicionantes.....	52
5.2. Distribuição espacial da em Manaus.....	55
6. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	60
6.1. Nota sobre a metodologia.....	64

PARTE II

COMUNIDADE NOSSA SENHORA DE FÁTIMA: ESTUDO DE CASO
ACERCA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MALÁRIA

3. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA E SEUS HABITANTES.....	69
1. Aspectos sócio-demográficos de Nossa Senhora de Fátima.....	73
2. Organização e disposição da ocupação na comunidade	80
3. Aspectos socioambientais	83
4. Aspectos sobre a História da malária Em N.S. de Fátima.....	85
4. O CUIDADO MATERNO-INFANTIL: as práticas culturais diante da enfermidade	98
8.1. Introdução.....	98
8.2. Grupo estudado	101
5. REPRESENTAÇÃO SOCIAL E PRÁTICAS REFERENTES À EXPERIÊNCIA COM A MALÁRIA.....	107
1. Introdução	107
2. Sintomas e representação de fatos somáticos ligados a malária ...	109
3. Diagnóstico e tratamento	113
4. Etiologia	117
5. Transmissão e prevenção	121

6. DISCUSSÃO	127
1. Considerações sobre endemicidade da malária no contexto sócio-histórico de Manaus	127
2. Sobre a pertinência da abordagem do processo saúde-doença com base na representação social	134
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	145

PARTE I

PULSAÇÕES DO LUGAR: APROXIMAÇÃO ACERCA DO CONTEXTO E DA HISTÓRIA DA MALÁRIA EM MANAUS.

1. INTRODUÇÃO À SITUAÇÃO-PROBLEMA

Esta pesquisa pretende privilegiar aspectos de caráter histórico e social relacionados com a ocorrência da malária e sua interpretação num contexto específico. Pretende também demarcar as referências de ordem histórica e cultural, bem como as relações estabelecidas pelos sujeitos da pesquisa na problematização da doença. O *locus* do estudo é a comunidade Nossa Senhora de Fátima, localizada no Igarapé Tarumã-Mirim, a uma distância de 8 Km da cidade de Manaus; o escopo do trabalho está centrado nas condições histórico-sociais e sua relação com as representações e práticas do cuidado materno-infantil frente à ocorrência da malária.

O estudo tem como propósito analisar as condições históricas e sociais ligadas à produção da malária e sua relação com as formas culturais observadas no contexto da comunidade. Em seguida serão identificadas categorias e práticas culturais relacionadas ao cuidado materno-infantil frente à ocorrência da malária. Por último, tais categorias e práticas serão analisadas com vistas a estabelecer relações de significação com representações sociais da doença identificadas no contexto sociocultural do grupo pesquisado.

Embora seja uma doença causadora de impactos significativos para diversas sociedades, em várias regiões do mundo contemporâneo, a malária é, contudo, uma antiga conhecida da humanidade. Haveria segundo alguns autores referências à moléstia, por exemplo, em textos chineses e hindus que foram escritos muito antes da era cristã, indicando a ocorrência desta doença já nas antigas civilizações. Postula-se ainda que os tijolos de caracteres cuneiformes da Mesopotâmia, que datam aproximadamente 2000 anos A.C., fazem referência às febres intermitentes como mal que atingia um representativo número de pessoas naquela região (Deane, 1992).

Na Grécia cogita-se que ela tenha se tornado endêmica cerca de quatro séculos antes de Cristo, pois até foi sugerida como fator influente “no declínio do vigor físico, do poder intelectual e da fibra moral dos gregos” , cujo resultado se tornaria patente no século seguinte. Na Itália, aventa-se que as febres descritas como intermitentes possam ter aparecido por volta de dois séculos antes de Cristo. Fragmentos de diálogos encontrados em escritas antigas atribuídas a Platão (falecido em 184 A.C) e a Terêncio (falecido em 184 A.C), fazem referência a um tipo de febre com periodicidade claramente definida e que indicam manifestação de febre cotidiana, terça e quarta (Deane, 1992: 12).

No Brasil, as primeiras informações sobre a malária datam do início da colonização. Em seu *Tratado do Brasil*, de 1587, Gabriel Soares de Souza relata que “os índios padeciam de febres terçãs e quartãs, das quais não faziam caso, curando-se com mingaus e caldos de farinha de carimã” (Santos Filho, 1991: 187). Em relação à Amazônia, são encontradas referências à doença desde o século XVIII, quando Alexandre Rodrigues Ferreira descreve as enfermidades endêmicas da Capitania de Mato Grosso como “febres intermitentes, sezões e maleitas” (Azem, 2002). No Amazonas, as referências sobre a doença datam de meados do século XIX, quando em 1852, João Batista Tenreiro Aranha, então presidente da Província do Amazonas, anota, em seu relatório da Província, os acometimentos epidêmicos de febre ‘intermitente, mais ou menos maligna, conforme as estações de mais ou menos calor ou umidade, que ocorrem entre os rios Negro e Japurá, causando a ruína da região’ (Batista, 1946:183) .

Apesar dos avanços da ciência biomédica e do conhecimento técnico sobre a malária - que se acumulam desde a descoberta do agente etiológico feito por Laveran, em 1880, passando pela identificação do mosquito do gênero *Anopheles* como vetor da doença, realizado por Ross em 1897 e pela introdução do dicloro-difenil-tricloroetano (DDT), em 1944, até as campanhas de erradicação da doença que se sucederam a partir daí – o seu controle, em níveis aceitáveis de infecção, ainda se impõe como desafio para o presente século. De fato, a malária, considerada como doença infecciosa endêmica de destaque pela OMS, com cerca de 500 mil casos registrado anualmente (OMS, 2005), configura-se num dos principais problemas de saúde da atualidade.

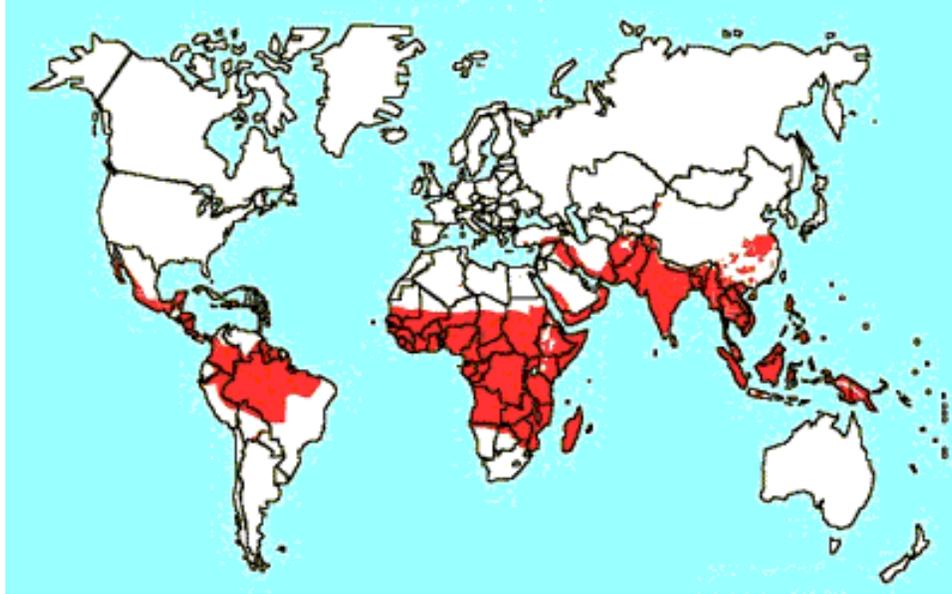


Figura 1: mapa da malária no mundo

FONTE: OMS, 2005

Também conhecida como paludismo, a malária é considerada problema de saúde pública em mais de 90 países, onde cerca de 2,4 bilhões de pessoas convivem com o risco de contágio, segundo dados da OMS em 2005. De acordo com a FVS (2008) somente em 2007, foram registrados 196.935 casos positivos no Amazonas. Nesse mesmo ano em Manaus foram registrados 49.838 casos positivos (FVS, 2008). Transmitida na maioria dos casos por mosquitos que proliferam em acúmulos d'água e em ecossistemas naturais com algum grau de antropização, a malária tem no próprio homem a sua principal fonte de infecção (Confalonieri, 2005). Ela é causada por protozoários do gênero *Plasmodium* e cada uma de suas espécies determina aspectos clínicos diferentes para a enfermidade.

No Brasil, destacam-se três espécies do parasita: o *P. falciparum*, o *P. vivax* e o *P. malariae*. O protozoário é transmitido ao homem pelo sangue, geralmente por mosquitos do gênero *Anopheles* ou, mais raramente, por outro tipo de meio que coloque o sangue de uma pessoa infectada em contato com o

de outra sadia - compartilhamento de seringas, transfusão de sangue, ou até mesmo de mãe para feto, durante a gravidez (Ferreira, 2006). Ainda segundo esse autor, as espécies de *Plasmodium* atacam células do fígado e glóbulos vermelhos (hemácias), que são destruídos ao serem utilizados para reprodução do protozoário (Ferreira, 2006).

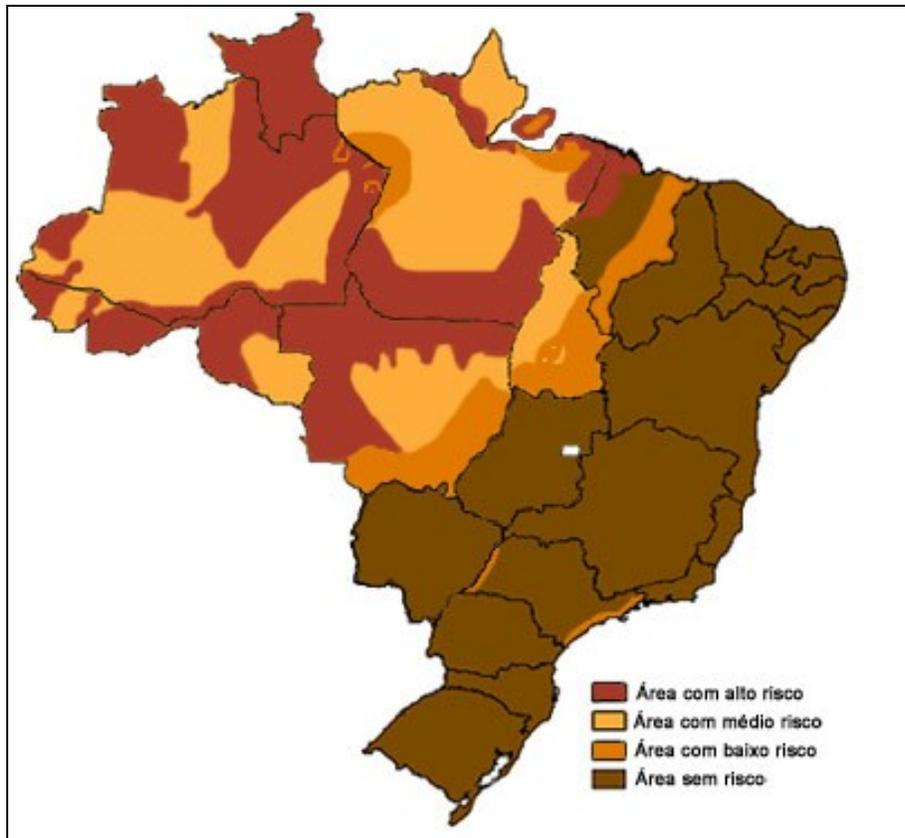


Figura 2: Áreas de transmissão da malária no Brasil
FONTE: Funasa/2005

Sob a perspectiva da multicausalidade da doença, grande parte dos estudos epidemiológicos costuma relacionar, para o caso da malária, dois fatores não biológicos que podem determinar, em contextos como da Amazônia, a sua dinâmica de transmissão. O primeiro fator diz respeito à “percepção do risco” (Confalonieri, 2005), isto é, o conhecimento que as pessoas expostas à

doença possuem sobre a forma de se infectar e, conseqüentemente, sobre medidas de prevenção. O segundo fator está relacionado com a mobilidade espacial dos grupos familiares entre comunidades ou para realização de atividades de trabalho. Nas análises que se produzem em boa parte desses estudos, é a mobilidade constante, fenômeno bastante comum em algumas populações da Amazônia, que dificulta não apenas a continuidade do tratamento, como também aumenta a exposição dessas pessoas aos vetores da doença (Motta, 1992; Albuquerque & Mutis, 1999; Confalonieri, 2005)

Não obstante, consideramos como um dado relevante para esta pesquisa que o estudo de algumas doenças, como é o caso da malária, não pode ser esgotado apenas em sua dimensão epidemiológica estrutural. Nestes termos, é importante observar e, sobretudo, investigar o problema da ocorrência da malária não apenas como doença infecciosa que decorre a partir da ação e/ou interação de agentes biológicos ou bioecológicos definidos pela Epidemiologia dominante (Menéndez, 1998) , mas também como resultado de um processo construído socialmente, que possui interpretações e manifestações assentadas em representações e práticas do conhecimento local.

Em Nossa Senhora de Fátima, comunidade rural situada a 8 Km de Manaus, tanto seus moradores quanto os incontáveis visitantes que para lá se dirigem, têm convivido com a presença da malária de forma rotineira há pelo menos quatro décadas. Localizada à margem esquerda do igarapé Tarumã-Mirim, nas imediações da afluência com o rio Negro, a comunidade tem hoje população estimada em 500 habitantes, a maioria vivendo da lavoura e da prestação de pequenos serviços também chamados de “bicos”. De acordo com informações obtidas dos próprios moradores, desde seu surgimento no final da década de 1960, a comunidade nunca se livrou da incômoda presença da malária. Nos últimos dez anos a comunidade também habituou-se a receber um

número cada vez maior de visitantes, vindos principalmente de Manaus, que se dirigem para lá nos grandes feriados e fins de semana, dando origem a um contingente conhecido como “população flutuante”.



Figura 3: Localização da comunidade Nossa Senhora de Fátima
FONTE: GOOGLE, 2007

Em relação à situação da malária e as implicações na vida das pessoas residentes na comunidade, pressupõe-se que a partir desta podem ser elaborados e, obviamente, reelaborados, tanto as interpretações acerca da doença, quanto as representações que motivam determinados discursos e práticas no tratamento desta enfermidade. E, é justamente com a perspectiva de desvelar o caráter histórico e sociocultural que envolve o processo saúde-enfermidade-atenção que queremos situar este estudo, por suposto que todo saber socialmente construído que se torna significativo, também precisa ser interpretado (Herzlich, 1991).

2. O CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO

2.1. Introdução

Da condição de cidade que se ergueu em plena selva e que na virada do século XIX já experimentava a riqueza e a dinâmica dos grandes centros urbanos da época. O período que marca esta intensidade da vida econômica e social de Manaus tende a ser apontado na história do Amazonas como uma quadra de esplendor para a vida comercial, cuja largueza se refletiam na prosperidade do erário público (Lima, 2001: 107). Entretanto, em poucos anos Manaus viu seu esplendor ruir e passou a viver situação completamente inversa. Já nos primeiros anos da década de 1920, os sinais da crise e da depressão mostravam-se tão visíveis que os antigos exportadores anglo-saxões e germânicos instalados na capital e no interior deram início ao processo de emigração para seus países de origem (Benchimol, 1999: 70)

A perda do *status* de principal região produtora de borracha do mundo que a Amazônia sofreu a partir de 1912 significou, entre outros, o declínio da função de entreposto comercial que Manaus possuía, até então fator básico do seu crescimento e de seu esplendor de cidade na selva. Como consequência, inicia-se uma fase onde a economia citadina passa a ser caracterizada pela estagnação e por sucessivas crises econômica e social (Melo & Moura, 1989).

Diante disso torna-se significativa e relativamente compreensível, décadas mais tarde, o entusiasmo demonstrados por certos setores da sociedade manauara com a perspectiva da industrialização. Sobretudo, se nesse aspecto for levado em conta um dos principais argumentos da época, a

saber que era “gente da terra”¹ os verdadeiros responsáveis pela concepção do Projeto Zona Franca de Manaus. Não pode ser difícil imaginar, portanto, que do ponto de vista desses segmentos da sociedade local, a sensação de abandono, esquecimento e até de incompreensão dominante tenha cedido lugar à de esperança e de alento, a partir da Operação Amazônia (Seráfico & Seráfico, 2005: 102).

Além das expectativas eventualmente românticas de alguns segmentos da sociedade manauara – quase sempre exultantes pela implantação de um modelo de desenvolvimento regional voltado para a integração econômica da Amazônia aos padrões do país - pode-se assegurar que havia uma razão bem mais objetiva para o afloramento desse entusiasmo. Vista como medida do Estado nacional brasileiro para a Amazônia, a ZFM e, de modo mais amplo a chamada Operação Amazônica, podiam ser percebidas como um modo de promover a recomposição da política federal a ser executada na Amazônia (Seráfico & Seráfico, 2005: 105).

Não obstante, considero ainda importante destacar na questão envolvendo o Projeto ZFM e seus desdobramentos, a ênfase feita por Silva (2000:30) ao asseverar que embora as interpretações da ZFM possam incluir a geopolítica do militarismo brasileiro e/ou as soluções do Estado autoritário, estas ultrapassam tais particularidades. Nesses termos, o Projeto ZFM seria oriundo de processos e relações mais amplas e complexas que tendem a efetivar um movimento de descentralização da produção capitalista das suas zonas originárias. Assim, em um contexto que é forjado inteiramente à revelia

¹ Freitas Pinto salienta que a criação da ZFM nada tem a ver com uma certa idéia ufanista e muito difundida de defesa dos interesses regionais: “(...) essa idéia e esse desejo, infelizmente para o bairrismo de alguns, nada tem a ver com a implantação do modelo de Zona Franca comercial e industrial hoje implantado em Manaus. Na realidade a implantação de uma área de livre comércio e, posteriormente, de um Distrito Industrial se realiza a partir de uma nova estratégia do sistema capitalista a nível mundial” (1987:20)

dos interesses econômicos locais, o entusiasmo demonstrado por determinados setores da sociedade manauara em torno do Projeto ZFM, tende a configurar-se numa espécie de 'delírio' para autores de tendências mais críticas (Freitas Pinto, 1987; Silva 2000; Seráfico & Seráfico, 2005).

2.2. O Projeto ZFM e o movimento migratório da cidade.

Do ponto de vista econômico, a euforia referente ao Projeto ZFM e a grande expectativa gerada em torno da recuperação produtiva da cidade podiam ser facilmente explicadas. Afinal, as oportunidades de investimentos associada à adequação da infra-estrutura urbana para receber empresas do pólo industrial, além de aquecer a economia local significavam também a geração de novos postos de trabalho.

De fato, como observam alguns estudiosos desse projeto, o principal argumento em favor da criação do Pólo Industrial de Manaus, consistia em caracterizá-lo como alternativa capaz de dotar a região de condições sócio-econômicas e de infra-estrutura capazes de atrair tanto força de trabalho quanto capital, elementos considerados imprescindíveis para a dinamização das forças produtivas locais. Talvez o único aspecto que não se apresentou de forma clara para muitos nesse momento foi justamente o custo social do Projeto ZFM, ou seja, o corolário que em geral acompanha esse tipo de desenvolvimento regional.

A necessidade de suprir com produtos e serviços essenciais um mercado cada vez mais pujante se constituiu num elemento alicerçador de implementação de novos projetos e de instalações no espaço urbano da cidade. O crescimento de demandas em determinados setores , em especial os de

serviço e de abastecimento, que em geral apresentavam capacidade limitada de operacionalização, fomentava a ampliação do setor informal e aumentava a participação de pessoas nos sub-empregos (Freitas Pinto, 1987).

Além disso, os anos que sucedem as instalações das fábricas do Distrito Industrial são reveladores da intensa efervescência por que passa a cidade de Manaus na década de 1980. Nesse aspecto, ao lado vigoroso do investimento em infra-estrutura nas áreas de instalação do pólo industrial e do aquecimento da economia local, observa-se também, durante anos seguidos, uma intensa migração que se avoluma a cada ano, cuja origem é tanto o interior do Amazonas como outros estados. É mediada por essa circunstância que a população de Manaus, em 1970, salta de 300 mil para 800 mil habitantes em 1980, segundo dados do IBGE (IBGE,1991).

No início da década de 1960, por exemplo, a cidade de Manaus possuía cerca de 20 bairros, a grande maioria localizada nas adjacências do centro da cidade. Nas décadas seguintes, o número de bairros cresce de forma tão impressionante que, em 1990, a quantidade de bairros existentes já é mais do que o dobro daquela existente no início de 1960, como mostra a *figura 4*. Nesta figura também pode ser notado que esse crescimento demográfico apresenta dinâmica e características próprias: a ocupação que antes se concentrava basicamente na zona centro-sul, caracterizada por bairros de pequeno porte, expande-se rapidamente para as zonas centro-oeste, norte e leste formando grandes bairros, com índices demográficos bastante elevados.

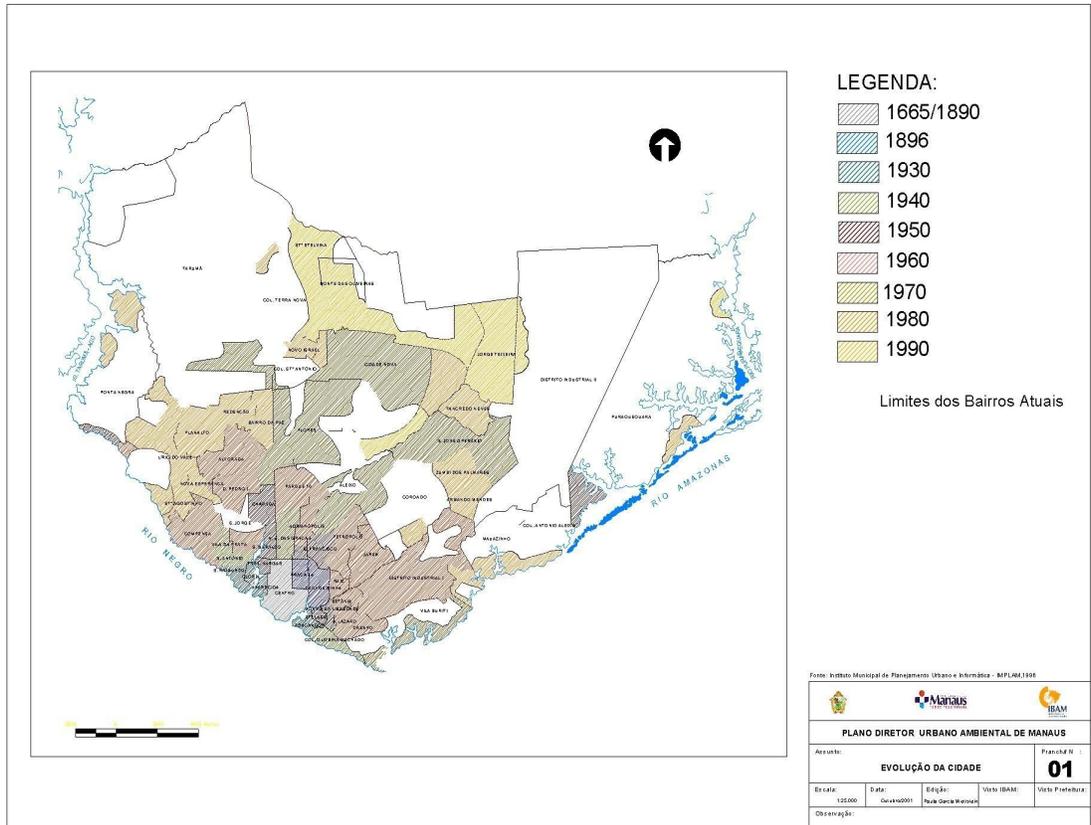


Figura 4:Localização e abrangência dos bairros de Manaus
FONTE: Plano Diretor de Manaus, 2002.

Este aumento da população que passa a ser incrementado basicamente pela migração de pessoas oriundas do interior do estado, engendra problemas de diversas ordens na já fragilizada estrutura urbana de Manaus. Estimulada especialmente pelos postos de trabalho que são criados na capital, essa migração vai gerar uma superpopulação relativa, isto é, um movimento de pressão e crescimento populacional sobre a precária estrutura ocupacional da cidade.

Um dos resultados mais lamentáveis desse forte movimento migratório se traduziu em grandes disparidades sociais que acompanharam o rápido processo de expansão da cidade. Assim, ao lado de um Distrito Industrial bem

equipado e de um setor comercial sofisticado, pode-se observar ainda hoje um quadro social marcado pelo sub-emprego e pela economia informal.

2.3. Pressão demográfica = disparidades sociais + endemias.

Em contraste radical com a concentração de uma completa infraestrutura na área delimitada para a implantação das empresas industriais, se coloca a situação dos bairros que começam a multiplicar-se a partir desse período em Manaus. São bairros que resultam de ocupações desordenadas, em sua maioria, na periferia da cidade onde vão abrigar-se não apenas os trabalhadores do Distrito Industrial, mas a imensa massa de subempregados e desempregados constituída pelas famílias que acabavam de deixar o interior.

Um outro aspecto relevante da análise sobre a continuidade do fluxo migratório em Manaus é que, por um lado, ele ajuda a potencializar o movimento de ocupação do solo urbano, desencadeando um famigerado processo de mercantilização e especulação da terra no perímetro da cidade. Por outro, contribui significativamente para agravar a situação já bastante precária das famílias que moram nos bairros recém criados, pois têm que dividir os exíguos espaços de suas casas com os novos parentes que vão chegando.

Além disso, esse contínuo movimento de pressão ocupacional da cidade também produz um grande impacto em nichos ecológicos e de reservas naturais, contribuindo decisivamente para que, sobre os problemas sociais, somem-se problemas ambientais e ecológicos o que, em última análise, vai resultar em grandes desafios para ações de política pública nos seus setores mais sensíveis como o da segurança e da saúde.

Ainda de acordo com dados do IBGE, a taxa média geométrica de crescimento anual da população para a capital e o interior, no estado do

Amazonas, no período de 1991 a 2000, foi de 3,76 e 2,88, respectivamente. Os dados revelam uma taxa média geométrica de crescimento acima da média registrada na região norte no mesmo período, como pode ser visto no *figura 5*. Os dados apontam, sobretudo, para um crescimento ainda bastante acelerado da população na década de 1990, certamente ao contrário do que os órgãos responsáveis por políticas de desenvolvimento urbano e de qualidade de vida da cidade de Manaus esperavam contar.

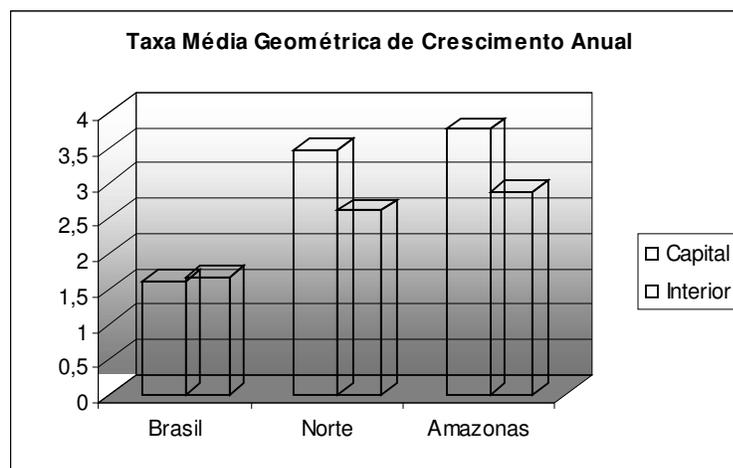


Figura 5: Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual
FONTE: IBGE, Censo Demográfico, 1991/2000.

Considerando que, entre as dez cidades mais populosas do Amazonas, somente Manaus corresponde com 74,14% do total da população (IBGE, 2000), não é difícil estabelecer relações entre esse crescimento vigoroso experimentado anualmente e o agravamento substancial de seus problemas urbanos. Nesse contexto são inseridas e passam a se reproduzirem em larga escala as áreas de ocupação, popularmente conhecidas como invasões e favelas.

A ausência de infra-estrutura necessária nessas áreas para atender ao grande número de pessoas que migravam para Manaus, ocasionou uma

expansão desordenada do espaço urbano, especialmente em áreas já altamente receptivas à determinadas doenças como as infecto-contagiosas. Nesse ambiente, marcado densamente por precárias condições de moradia e de habitação, a ampliação e a transmissão de diversas doenças, como por exemplo a malária, não poderia deixar de ocorrer.

Foi assim que no período de 1971 a 1973, por exemplo, ocorreu uma modificação drástica do comportamento da malária em Manaus. A transmissão da doença que até então registrava números moderados de casos na cidade sofreu influência significativa da área peri-urbana, marcada principalmente pela infecção por *P. Falciparum* (FVS, 2000). Nesse caso, uma análise espacial da transmissão da doença (cf. Albuquerque & Mutis, 1999) indicava que as principais áreas atingidas eram justamente as ocupadas de forma desordenadas e/ou situadas na periferia. Essas áreas eram formadas pelos núcleos da Alvorada, Coroado, Compensa, Japiim e Santo Agostinho e, juntas, possuíam à época uma população em torno de 40.000 habitantes.

De acordo com as informações disponíveis, já a partir de 1975 não foi registrado nenhum caso autóctone de malária em Manaus. E daí até o ano de 1988, houve uma queda considerável do número de casos de malária na cidade. Contudo, mesmo nesse período que supostamente registra um silêncio epidemiológico (Terrazas, 2005), a malária continuou a infectar pessoas no município, conforme mostra o *gráfico 2*. Todavia, a situação de aparente controle da malária, observado nesse período, fez com que as autoridades sanitárias considerassem erradicado (cf. Albuquerque e Mutis, 1999) o vetor da malária na área urbana de Manaus.

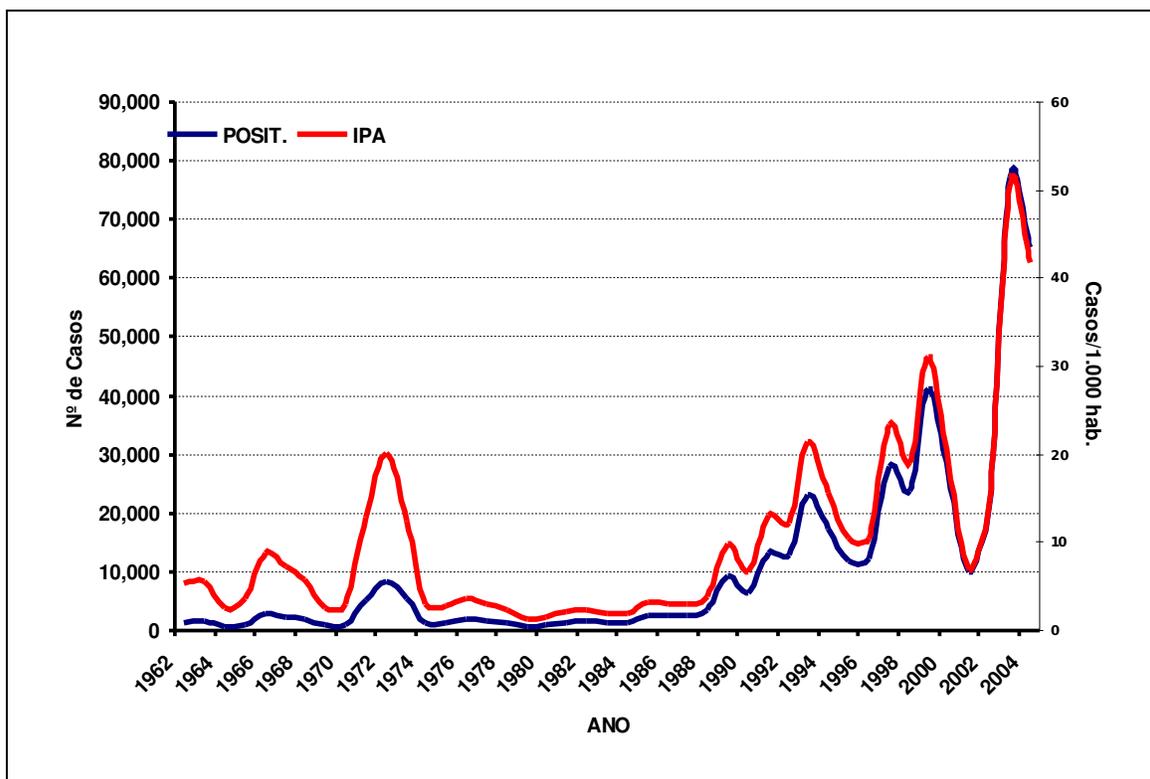


Gráfico 1 – Histórico da malária em Manaus
 FONTE: FVS, 2005.

As informações obtidas também indicam que a cidade permaneceu durante os treze anos que caracterizam a redução da malária (ver centro do gráfico 2) sem detecção de casos autóctones. Mas, em decorrência dos números não desprezíveis de casos procedentes de outros municípios e também de outros estados, a área urbana permaneceu nesse período bastante vulnerável à transmissão da doença. Neste gráfico também pode ser observado o elevado índice parasitário anual (IPA) que a partir de 2002 a cidade passa a registrar, que comparativamente às epidemias dos anos anteriores nesse período o índice é praticamente o dobro.

A partir de julho de 1988, com a intensificação do processo migratório para Manaus e com as dificuldades operacionais da vigilância epidemiológica e

entomológica do município, a transmissão da malária no perímetro urbano começa a ser rapidamente reintroduzida, quando são detectados os primeiros casos autóctones, além da presença do vetor (cf. Albuquerque e Mutis). A partir daí, a tendência de crescimento do número de casos começou a ser expressiva, ampliando-se para novas áreas de transmissão na capital e acompanhando o crescimento de bairros de ocupação recente como Tancredo Neves, São José, Armando Mendes, Zumbi dos Palmares e, posteriormente, Jorge Teixeira como espaços de maior transmissão (Funasa-Divep/Am, 2005).

3. ELEMENTOS PARA DISCUSSÃO ACERCA DO PROBLEMA DA MALÁRIA EM MANAUS

3.1. Introdução

Certos problemas que hoje figuram como agravo à saúde da população em Manaus, também podem ser inscritos como historicamente ligados à cidade. Pois, além das fontes oficiais que dão conta precisa da sua ocorrência, há também, para alguns desses casos, a lembrança fresca do evento ou das imagens que ficaram radicadas na memória de muitos moradores da cidade. A expressão ‘doença que chega com a cheia e com a seca dos rios, seguindo propositalmente o movimento das águas para infestar todo mundo’ pode, num primeiro momento, nos remeter a um lugar comum, mas está visceralmente ligada à formação de uma memória coletiva acerca da especificidade de determinada doença.

Ademais, no caso de Manaus algumas doenças têm logrado *status* que indicam uma relação de longa duração com a história da cidade. As incidências de tuberculose, leishmaniose, os surtos febris e os casos alarmantes de hanseníase, que desde fins do século XIX flagelam a população, constituem provas incontestes dessa relação. No caso da malária, as análises com referências mais enfáticas sobre a doença, pelo menos num período de tempo mais longo, não são muitas e, na maioria dos casos, as que estão disponíveis apresentam enfoques residuais.

Nesses termos, supõe-se relevante para efeito de análise e discussão do problema da malária em Manaus ‘revisitar’ alguns autores que de alguma forma, seja pela posição que ocuparam no debate sobre questões sanitárias na

Amazônia, seja pela atuação profissional de destaque exercida no campo da saúde pública no Brasil, se debruçaram e tentaram desvelar aspectos da especificidade da incidência da doença no município. Contudo, quero ressaltar que não irei além de uma breve incursão sobre as circunstâncias e as características que marcaram esses estudos. Pois, o propósito da pesquisa não é investigar o estudo clínico da doença nem demarcar suas perspectivas de abordagem epidemiológica. O que se pretende com isso é encontrar elementos suficientes que possam subsidiar nossa análise de uma patologia que sucede às diferentes configurações histórica e ideológica.

3.2. Ensaio e trabalhos pioneiros sobre a malária em Manaus

Um dos primeiros ensaios que podemos citar e situar nesse aspecto foi o realizado por Alfredo da Matta (1909). Ao abordar o problema da malária, esse autor empreendeu um esforço no sentido de tornar públicas informações sistematizadas sobre os casos de paludismo na cidade. Com um artigo abrangente intitulado *“Paludismo Varíola, Tuberculose em Manaus”*, escrito para a Revista Médica de São Paulo, Matta inicialmente discorre sobre as condições ambientais, climatológicas e sanitárias de Manaus, para em seguida, estabelecer sua relação com os casos de paludismo registrados na cidade.

Embora não se trate de análise profícua sobre malária em Manaus, Matta procura organizar dados disponíveis sobre obituários para demonstrar o percentual de indivíduos atingido pelo paludismo entre os anos de 1897 e 1906, além de abordar questões clínicas e epidemiológicas que eram então as mais discutidas por especialistas da época. No ensaio, Matta procura salientar particularmente a influência de aspectos como a ausência de saneamento básico da cidade, as condições climatológicas e a migração da população de

‘sertanejos nortistas’ na propagação da doença e no resultado do número de óbitos registrados naquele período.

Em 1913, quando Oswaldo Cruz esteve pela segunda vez visitando a Amazônia, ele e sua equipe de médicos-sanitaristas passaram por Manaus. Encarregado de avaliar as condições sanitárias da região, Cruz não fez qualquer referência à ocorrência de casos de malária na cidade de Manaus. Cruz apenas refere-se aos numerosos casos de úlceras observados na Santa Casa, o que foi identificado em grande parte como provocado por protozoários da leishmaniose (Reis & Batista, 1962).

Nesta visita à Manaus, Cruz enfatiza ainda os casos de beribéri, também encontrados na Santa Casa, cuja observação mais aguda revelou que se tratava de moléstia endêmica na cidade, ocasionando anualmente grande número de óbitos. No caso particular da malária, a ênfase feita por Oswaldo Cruz não se refere exatamente à incidência da doença em Manaus, mas sim quando ele procura relacionar as principais doenças do vale do Amazonas, na terceira parte do seu relatório:

“A malária constitui, em todo o vale do Amazonas, a entidade mórbida de índice endêmico mais elevado. A grande letalidade daquelas regiões assim como a condição orgânica precária da maioria dos habitantes representam malefícios em que essa moléstia figura com maior coeficiente” (1972:123).

Carlos Chagas, que também integrou no mesmo período a equipe de trabalho de Oswaldo Cruz, chama a atenção para as noções epidemiológicas e clínicas adquiridas nos estudos realizados sobre a malária. Considera esta doença como ‘o grande flagelo do norte’ e contribui preponderantemente para a

letalidade aterradora que fustiga a região. Chagas também não faz referência a casos de malária em Manaus, mas parece ficar impressionado com a situação de São Felipe, hoje Eirunepé (Reis & Batista, 1962)

“(…) Quase todos os habitantes de São Felipe achavam-se infectados, apresentando os sinais clínicos da moléstia e, especialmente, esses volumosos baços, que tomam todo o abdome, características da malária mal curada” (1962: 171).

No início da década de 1930, Araújo Lima um farmacêutico e médico especialista em medicina tropical pelo Instituto Pasteur de Paris, fora também um dos autores a fazer referência, ainda que de forma bastante genérica, ao problema da malária no Amazonas. No livro intitulado “Amazônia: a terra e o homem”, precisamente na segunda parte que trata do homem em face das ações climáticas e telúricas, este autor faz breves referências ao impaludismo, o que ele considera como um problema advindo particularmente com o progresso da região. Com citação ao estudo feito por Goeldi sobre o *Anopheles*, Araújo Lima limita-se a descrever o problema da incidência da doença como resultado do encontro dos três elementos que constituíam a tripeça anunciada por Grassi – o homem, o mosquito e o plasmódio (Lima, 2001).

Em meados da década de 1940, foi Djalma Batista quem protagonizou o debate em torno do problema da malária na região, enfocando as limitações das medidas de controle da doença até então aplicadas e sugerindo intervenções de ordem mais estrutural que pudessem atingir principalmente o que era apontado por ele como problema humano do interior da Amazônia (Batista, 1946). Numa análise comparativa entre as duas maiores causas de mortalidade que se observou em Manaus a partir de 1922 até 1943 - o paludismo e a tuberculose -, Djalma Batista (1946) destaca não apenas o

significativo número de óbitos anualmente atribuídos ao paludismo, superando, à exceção de 1938, todos os anos a tuberculose, mas chama a atenção para intensidade relativa que esta mortalidade representa percentualmente no total do obituário desses 21 anos; nada menos do que 21,41% em relação ao total de óbitos.

No ano de 1939, os casos notificados de malária na cidade de Manaus indicavam que as infecções ocorriam basicamente nas áreas então periféricas da cidade, sendo poucos casos creditados à área central da cidade. Os bairros da Cachoeirinha, Educandos, São Raimundo e Vila Municipal constituíam as áreas mais atingidas pela transmissão da doença (Albuquerque & Mutis, 1999) e eram caracterizadas, à época, como áreas suburbanas. Pouco mais de duas décadas depois, em 1962, quando Manaus tinha 259.890 habitantes, foram notificados 1.408 casos positivos de malária (FVS, 2004). Nos anos seguintes da mesma década, o número de casos de malária vai manter-se oscilante e tem sua maior inflexão nos anos de 1966 e 1967 com 2.750 e 2.410 casos registrados, respectivamente, quando Manaus já contava com mais de 320.000 habitantes (Terraza, 2005).

Em princípios da década de 1970, quando as expectativas de modernização e de urbanização da cidade com a implantação do modelo ZFM passa a ser vivida intensamente por boa parte da população, a malária volta a apresentar índices de infecção alarmantes. Em 1972, órgãos responsáveis pelo controle da malária no estado registram 8.359 casos de infecção por malária na cidade que, comparado ao ano anterior, indicava uma evolução de 63,39% dos casos notificados. A partir de 1975 Manaus vai ter uma trégua dos altos índices de infecção por malária - segundo as autoridades sanitárias sem registro de casos autóctones - até 1988, quando a transmissão é reintroduzida e passa a ser observado sucessivos surtos epidêmicos da doença.

3.3. Sobre crises epidêmicas de malária em Manaus

De modo geral, a análise do problema da malária por meio de série histórica mostra como dado relevante a ocorrência de cinco epidemias que se sucedem entre curtos intervalos de tempo desde 1962 até o presente momento. A primeira compreende o período de 1966 a 1968, cuja uma das principais causas apontadas pelas autoridades sanitárias é a expansão urbana desordenada, que se caracterizou por pressões sociais sobre novos espaços urbanos para construção de moradias, particularmente na área antes denominada de Cidade das Palhas, hoje conhecido como o bairro Alvorada. As informações disponíveis indicam que se tratava de área rica em criadouros, além de se localizar próximo às matas que então circundavam a cidade (Terraza, 2005).

A segunda epidemia marca os anos de 1971 a 1974, quando se registrou novamente um grande número de casos de malária em Manaus. Em 1972, por exemplo, considerado o pico da incidência da doença desse período, foram registrados 8.359 casos referidos como autóctones. Como no primeiro

caso de epidemia, neste também foram verificados a coincidência do aumento do números de casos com o novo processo de ocupação de terras agora situadas nos bairros do Coroadó, Alvorada II e III, Compensa I, II e III, além das construções de grandes conjuntos residenciais como o conjunto Japiim (Terraza, 2005).

Nesse caso, são considerados como fatores determinantes dos surtos epidêmicos a receptividade da área, caracterizada pela presença de *Anopheles darlingi* nos principais criadouros, assim como a vulnerabilidade do momento que resulta das transformações sócio-econômicas e ambientais introduzidas com a implantação do Distrito Industrial (Terraza, 2005). Também são referidos outros fatores colaboradores dos surtos epidêmicos dessa época. Considera-se um agravante, por exemplo, as restrições e reduções orçamentárias impostas à Sucam, que se refletiam na tomada de decisão das diretorias regionais, que por sua vez eram obrigadas a limitar as operações de campo. Assim, medidas de combate antes adotada pela Sucam, incluindo a borrifação intradomiciliar, foram significativamente reduzidas (Albuquerque & Mutis, 1999).

De acordo com informações disponíveis (Passos & Fialho, 1998; Albuquerque & Mutis, 1999) esta epidemia foi controlada com redução drástica de prevalência a partir de 1974. Em 1975, detectou-se uma mínima densidade do transmissor e nenhuma evidência de casos autóctones, embora continuassem a pressão e o registro de casos considerados importados que historicamente tem caracterizado a presença da malária em Manaus. Assim, a partir de 1975 a borrifação intradomiciliar passou a ser gradativamente reduzida até ser totalmente suspensa em 1981. Em 1983, Manaus foi classificada como “foco residual inativo” iniciando um período que se estenderia até 1988 sem grandes alterações no quadro epidemiológico referente à malária.

Com o reaparecimento do *Anopheles darlingi* a partir de julho de 1988, o problema da malária recrudesce em Manaus e se deu início a terceira epidemia que, entre 1991 e 1994, passa a ser observada tanto na zona urbana como na zona rural. Nesse período, o número de casos que vinha se mantendo abaixo de 2.500 ao ano até 1987, sobe para aproximadamente 3.500 em 1988 e mais de 9.000 em 1989. Em 1993, são registrados mais de 23.000 casos da doença em Manaus. Na *figura 6* estão identificadas as áreas de maior transmissão da malária no município de Manaus a partir de 1995. Nesta figura observa-se que as áreas adjacentes ao núcleo mais urbanizado da cidade, especialmente na região do Tarumã-Mirim e do Puraquequar, constituíam os principais focos de transmissão mais elevada da doença. Além disso, observa que em todo o traçado das duas principais rodovias que ligam a cidade de Manaus a outros municípios e estado, a AM-010 e a BR-174, respectivamente, estão presentes focos que indicam alta transmissão da malária (Albuquerque & Mutis, 1999).

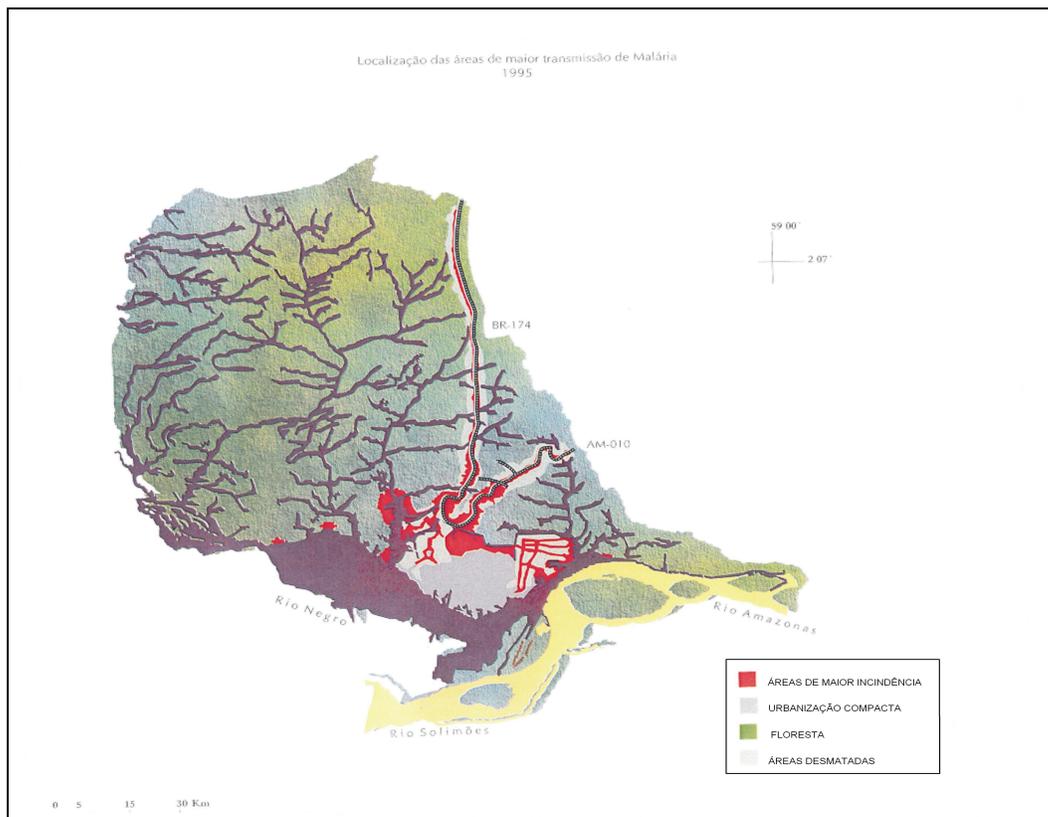


Figura 6 : Áreas de maior transmissão da malária em Manaus - 1995
FONTE: FVS/Amazonas

A quarta epidemia ocorreu entre os anos de 1998 a 2000, num período em que a malária atinge níveis elevados no país, o que leva o Ministério da Saúde, em 1999, a realizar ações de mobilização política envolvendo os poderes executivos estadual e municipal daqueles municípios prioritários identificados a partir da consolidação dos dados para a elaboração do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária – PIACM. O plano tinha entre suas principais metas a redução dos números de 1999 em 50% até dezembro de 2001. Segundo Terraza (2005), no âmbito das expectativas e das metas desse Plano, o estado do Amazonas foi premiado pela Organização Pan-Americana de Saúde –OPAS por ter alcançado os melhores resultados no controle da malária.

A quinta epidemia tem início no segundo semestre de 2002 e desde então a malária no município tem apresentado índices cada vez mais elevados de infecção. No caso desta epidemia, seu comportamento é apontado como o mais refratário às ações de controle, diferenciando-se das epidemias anteriores principalmente por apresentar números muito elevados de casos como jamais foi visto antes e pelos níveis de persistência até então observados. Em 2003, esta epidemia registrou em Manaus um pico de 77.107 casos de malária, dos quais 68.409 (89%) foram considerados autóctones do município e 8.698 (11%) importados dos municípios vizinhos. Assim, diferentemente das epidemias anteriores, nesta observa-se uma redução significativa dos casos importados, proporcionalmente com os menores índices já registrados, o que sugere que fatores² locais estão sendo determinantes da situação epidêmica da malária (Terraza, 2005).

² Terraza destaca que dentre as causas do agravamento desta epidemia estão: 1) ocupação desordenada e acelerada de extensas áreas da periferia da cidade; 2) fatores externos que favorecem a migração para Manaus; e 3) o significativo incremento das atividades ligadas à piscicultura que tem aumentado a quantidade de criadouros permanentes por meio de barragens e tanques.

4. UMA DOENÇA, DIVERSOS OLHARES.

4.1. Introdução

Como já exposto anteriormente, o combate à malária tem uma história de longa data feita de observações acidentais, de empirismo e de idéias às vezes curiosas. No Brasil, a história da luta contra a doença é interessante por ter sido feita seguindo caminhos tortuosos e apostando em idéias não muito ortodoxas.

Antes mesmo de se ter divulgado a especificidade da transmissão da malária, que ocorre por meio de mosquitos do gênero *Anopheles*, Adolfo Lutz já havia anunciado, em 1898, que a veiculação da doença se dava por anofelinos (Silveira & Rezende, 1998). Com base somente nas suas observações empíricas, Lutz atribuiu ao *Anopheles Cruzi* o 'surto do paludismo' que se abateu sobre trabalhadores que à época construía a estrada de ferro São Paulo-Santos. Assim, Lutz teria proposto que os acampamentos dos trabalhadores fossem montados longe da floresta, onde bromélias e arborícolas configuravam-se como criadouros desses mosquitos.

Carlos Chagas ao comprovar que a transmissão da malária se dava de maneira intradomiciliar, propôs, em 1905, o uso de imagocidas, ou seja, combate anti-vetorial do *Anopheles* na sua forma madura para controlar a doença. Para tanto, chegou a recomendar que se queimasse enxofre no interior das residências como medida anti-vetorial (Silveira & Rezende, 1998). Apesar dessas tentativas isoladas tanto a investigação quanto o controle da malária permaneceu sem atenção merecida das autoridades sanitárias no Brasil. A partir de 1922, quando a Fundação Rockefeller iniciou ações sistematizadas de estudo

da malária no Brasil, o combate a esta doença parece finalmente assumir uma configuração de política de Estado, com programa e definição das ações que seriam implementadas (Silveira & Rezende,1998).

Por volta de 1930 a introdução do *Anopheles gambiae* no Brasil e sua eliminação na década seguinte, fortaleceu a convicção na eficácia das ações de combate anti-larvário e contra vetores alados. A importância atribuída a esse feito foi tamanha que os órgãos competentes chegaram a apostar numa erradicação da malária em escala mundial.

Mesmo quando o governo brasileiro pôs em prática políticas de ação com criação de órgãos específicos para operar as medidas de controle da doença, os resultados alcançados à época não se mostraram animadores. A doença continuou a desafiar as medidas de controle do governo principalmente naquelas regiões onde os índices de transmissão eram os mais elevados (Silveira & Rezende,1998). No momento, embora as medidas habituais de controle tenham interrompido ou reduzido a transmissão da malária em grande parte da área endêmica brasileira, a endemicidade da malária ainda mantém-se como grave problema de saúde especialmente na Amazônia. E é, sobretudo, como grave e também complicado problema de saúde pública na Amazônia, que a malária tem sido apresentada por diversos estudiosos ao longo do tempo (Batista, 1946; Deane, 1992; Motta, 1992; Passos & Fialho, 1998; Albuquerque & Mutis, 1999).

4.2. Idéias que marcaram a discussão da doença na Amazônia

Quando se refere à malária, Araújo Lima, na obra intitulada *Amazônia, a Terra e o Homem*, é categórico em afirmar que a entrada do ‘flagelo’ se deu

em função do progresso da região. No caso do Amazonas, onde as referências sobre a doença apontam para uma presença desde fins do século XIX, esse autor relaciona a entrada do 'germe' ao começo do uso de embarcações à vapor. Apoiado nos estudos de Goeldi sobre *Anopheles*, Araújo Lima credita a esse tipo de embarcação a veiculação do paludismo de Belém para o alto Amazonas. A respeito desse acontecimento escreve esse autor:

O navio à vapor foi cúmplice dessa invasão. A viagem em barcos, de Belém a Manaus, orçava em média por três meses, ao passo que o vapor vence a distância em quatro a seis dias, lapso de tempo que comporta folgadoamente o ciclo da existência do mosquito. O culicídeo infectado levou assim a semente do impaludismo para Manaus, donde se irradiou progressivamente para o Alto Amazonas (Lima, 2001: 128).

Ao se considerar a tese de Araújo Lima factível, caberia perguntar por que não se tem então muitas referências da malária em Manaus já a partir do período que ele indica? Afinal, passaram pela cidade desde o princípio do século XX alguns dos mais renomados médicos e sanitaristas do Brasil. Ademais, com a migração de uma grande massa populacional vinda de regiões longínquas para trabalhar com a seringa no Amazonas, vivendo em precárias condições de vida e em meio a floresta, é possível supor uma potencialização da cadeia de transmissão da malária na região já a partir do último quartel do século XIX.

Em 1908, quando Alfredo da Matta produz informações sobre mortalidade por paludismo na cidade, ele observou que entre os anos de 1897 a 1906 o número de óbitos causados pela doença atinge o expressivo número de 7.816 casos. Tal registro levou esse autor a considerar a malária como a principal causa de mortalidade em Manaus até então. De acordo com as informações obtidas da malária sobre esse período, a decadência da exploração

da borracha não chegou a arrefecer a grande incidência da doença em Manaus. As informações disponíveis indicam que, de 1922 a 1943, ela continuou sendo a principal doença a vitimar com óbito a população (Batista, 1946), embora observe-se em determinados anos uma relativa redução dessa mortalidade. A *figura 7* mostra a predominância absoluta da malária sobre a tuberculose, apontada como a segunda doença de maior incidência em Manaus nesse período. É óbvio que se deve considerar a informação contida nesta figura apenas pelo seu valor histórico, já que os dados apresentados não permite que se estabeleça análises comparativas sobre a real incidência da malária em Manaus ao longo do período mostrado.

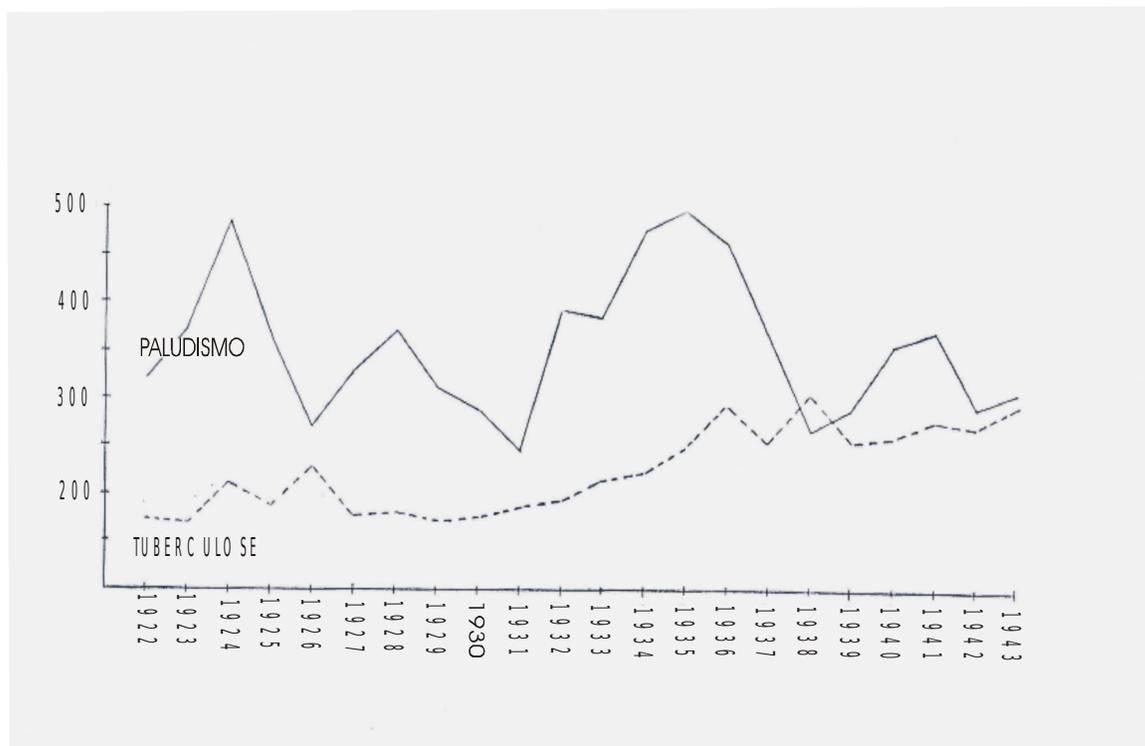


Figura 7: Comparativo da mortalidade por paludismo e tuberculose –1922/1943

FONTE: Djalma Batista, 1946.

É importante enfatizar, em todo caso, que tanto a investigação quanto o controle da malária no país somente serão objetos de ações definidas e

programadas a partir de 1922, quando a Fundação Rockefeller iniciou ações sistematizadas de estudo da malária no Brasil. Sobre essa ação envolvendo cooperação técnica entre os EUA e o Brasil, consideramos pertinente situar em que contexto se estabelece tal parceria entre os dois países e qual é o marco histórico que caracteriza o combate à malária nesse período.

No início da década de 1920, o combate à malária com base em medidas profiláticas e no incremento de novas técnicas de controle da doença encontrava-se bastante avançada especialmente nos EUA. Nesse caso, é possível que o interesse dos EUA pela doença no Brasil tenha ocorrido muito em função de acontecimentos notáveis com experiências bem sucedidas no campo da epidemiologia e dos estudos sobre a doença vistos nos anos anteriores naquele país. A campanha antimalárica, por exemplo, realizada com sucesso em quinze estados norte-americanos, entre 1917 e 1918, durante a Primeira Guerra Mundial, constitui base para a implementação do modelo campanhista que seria adotado anos depois no Brasil (SESP, 1951).

Em seguida, entre 1919 e 1922, a Fundação Rockefeller, em cooperação com o Serviço de Saúde Pública, demonstrou que o controle da malária no sul dos EUA podia ser feito por uma quantia que variava entre 75 centavos e 1 dólar *per capita*, com custo de manutenção de 25 centvos por ano, o que correspondia a cerca de um quarto da média anual de despesas, por pessoa, com quinino, médico e funerais. Assim, foi provado que o controle da malária no sul dos EUA, por meio da luta contra o mosquito, era não somente exequível, mas também um negócio vantajoso.

A partir da década de 1940, a malária no Brasil e na Amazônia vai atrair uma atenção até então pouco comum das autoridades brasileiras. Sem dúvida, foi na esteira da Segunda Guerra Mundial e do conseqüente bloqueio da

borracha oriental aos países aliados, que emergiu a preocupação com a situação sanitária da Amazônia. Assim, foi definida em âmbito nacional uma política de ação voltada para o controle da malária envolvendo três instituições: o Serviço de Saúde Pública – SESP que passou a atuar na região amazônica; o Serviço Estadual de Malária de São Paulo para combater a doença no âmbito deste estado; e o Serviço Nacional de Malária – SNM para combater a doença no restante do país, mas, que a partir de 1950, passou também a atuar na Amazônia (Silveira, 2001).

Em relação à atuação do SESP, pode ainda ser acrescentado que o acordo bilateral estabelecido entre o governo brasileiro e os EUA à época de sua criação, previa investimentos vigorosos deste país na Amazônia. Uma das finalidades desse investimento era, por um lado, recrutar uma grande massa de trabalhadores³ para a exploração da borracha; por outro, viabilizar a permanência dessa população na região. Além disso, no contexto da Segunda Guerra, a determinação de um ritmo mais acelerado na produção do látex se fazia imperativa. Nesse aspecto, era necessário não apenas oferecer condições de produtividade, mas reduzir os obstáculos à fixação do homem nas áreas destinadas ao cultivo da seringa.

Diante de tal conjuntura, a Amazônia passa a ser marcada por importantes eventos de combate à endemia, destacando-se a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP que em 1942 passou a atuar na região mediante acordos com os serviços de saúde dos EUA. Contanto inclusive com a participação de notáveis estudiosos da região⁴, o programa de combate à

³ Esses trabalhadores, oriundos em sua maioria da região Nordeste do país, pelo contexto e pela forma como eram convocados, entravam na região como “soldados da borracha”, mas efetivamente jamais gozaram de qualquer prestígio ou consideração que a alcunha de soldado oferecia à época.

⁴ “During World War II, the United States government and the Brazilian public health agency, SESP, implemented health education programs in the Amazon region. Dr Wagley supervised the publication of the pamphlets and production of slide programs funded by these agencies.

malária do SESP, no início, envolvia uma série de atividades voltadas para diversas áreas que seriam desenvolvidas de forma articuladas.

Ainda a respeito da natureza das ações do SESP, também é importante considerar que a introdução do *Anopheles gambiae* no Brasil, por volta de 1930, e a sua eliminação em aproximadamente dez anos, fortaleceu a convicção na eficácia das ações de combate anti-larvário e contra vetores alados, o que gerou nos órgãos competentes a perspectiva de erradicação da malária em escala mundial (Silveira, 2001).

Na década de 1950, a responsabilidade pelo combate da malária na região vai ser dividido com o Serviço Nacional de Malária (SNM), cuja atuação se estende às pesquisas em epidemiologia, entomologia, terapêutica e desenvolvimento de ações e estratégias de controle da endemia (Albuquerque & Mutis, 1999). O suporte científico e os resultados adquiridos com essas ações orientariam posteriormente a implementação da Campanha de Erradicação da Malária.

Nos anos seguintes à entrada do SNM na região, a infecção por malária continuava a apresentar índices elevados que desafiavam todas as medidas adotadas de controle da doença. Em 1956, com o propósito de intensificar o combate à transmissão da malária e estabelecer metas para sua erradicação no país, foi implementada a Campanha de Erradicação da Malária (CEM), vinculada desde então ao Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), que substituiu as ações do SNM. Após nove anos de sua criação, a CEM se tornou uma agência autônoma com atribuições institucionais voltadas exclusivamente ao cumprimento da meta de erradicação, conforme

The novelist, Dalcídio Jurandir, who collaborated with Dr. Wagley on these programs, had served as secretary to the municipal government of a small riverine community called Gurupa. (...)” . Charles Wagley Papers, 1937-1965. In Manuscript Collection 2, 1972.

recomendava a Organização Mundial da Saúde desde 1955 (Albuquerque e Mutis, 1999).

Entretanto, problemas de diversas ordens que seguramente não faziam parte do planejamento da ação campanhista, além obviamente das dificuldades administrativas e de recursos orçamentários, revelariam posteriormente que a erradicação da malária era uma meta de difícil alcance. Nos anos seguintes os índices de lâminas positivas em toda área brasileira trabalhada começaram a elevar-se de forma assustadora, passando de 6,2 casos por 1000 habitantes, em 1958, para 12,6 casos por 1000 no ano de 1962 (Albuquerque & Mutis, 1999). Além disso, entre os anos de 1961 e 1963, no então território de Rondônia, foram registrados os primeiros casos de resistência do *P. falciparum* à cloroquina⁵.

Em 1964, o programa da Campanha de Erradicação da Malária sofre reformulação e é novamente utilizado como estratégia contra o crescimento da malária. A partir desse período a proporção de lâminas positivas no país começou a declinar sensivelmente, menos para a Amazônia, onde não se repetiam os registros promissores observados em outras regiões. Em 1976, por exemplo, os índices de lâminas positivas que, em 1969 eram de 10,1 casos por 1000 habitantes, elevaram-se para 14,3. Nesse caso, alguns autores consideram, a partir da constatação dessa elevação consecutiva dos índices de transmissão e dos tímidos resultados alcançados nas ações de combate à malária, que a meta de erradicação da doença na Amazônia foi um objetivo que, do ponto de vista prático, estaria muito longe de ser atingida pela CEM.

⁵ Durante o VII Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária, ocorrido no Rio de Janeiro em setembro de 1963, o caso da resistência do *P. falciparum* à cloroquina chegou a ser discutido e a conclusão dada à época foi a seguinte: "Because of the great importance of these 2 facts, the full extent of drug resistance in *P. Falciparum* in Brazil should be investigated." (Seventh International Congresses on Tropical Medicine and Malaria, 1963: 237).

Para Silveira (2001), um dos grandes problemas do modelo “técnico-campanhista” estava centrado na própria idealização de suas ações. Estas mostravam-se eficazes e suficientes somente para as situações em que os pressupostos básicos da erradicação da malária podiam ser confirmados, ou seja, desde que a transmissão da doença seguisse o esquema⁶ retilíneo e pré-determinado por seus idealizadores. Ocorreu, no entanto, que na prática e na complexidade das situações nem sempre esses pressupostos eram confirmados.

Outros especialistas ponderam que, em relação aos crescentes casos de malária na região, uma das razões pela qual ela tem se configurado como doença endêmica de destaque, está no fato desta ser uma moléstia de ampla difusão, com incidência muito alta de casos e, sobretudo, por ser de difícil controle (Confalonieri, 2005). Além disso, também é referida a complexidade das situações ecológicas e ambientais somada ao movimento migratório pulsínime como fatores que contribuem decisivamente para o agravamento da situação (Albuquerque & Mutis, 1999).

Em relação à reorganização do espaço geográfico e a reprodução da doença, é consenso entre alguns pesquisadores, o destaque para a década de 1970 como início da instalação de novos e importantes focos da doença. Neste período a região se tornava alvo de profundas mudanças decorrentes da implantação do “Projeto de Integração da Amazônia”, que daria suporte e meios

⁶ De acordo com Silveira a disposição desse esquema era a seguinte : 1) a transmissão é intradomiciliar; 2) a malária humana não tem outros reservatórios animais e por isso o esgotamento da fonte de infecção poderia ser naturalmente obtida com uso de medicação específica; 3) o emprego de inseticida eficaz, como na época o DDT, poderia rapidamente eliminar os mosquitos infectados.

para a consolidação da nova fronteira agrícola do país, além de revelar as grandes reservas minerais existentes na região.

A ocupação em grande escala e em ritmo acelerado de áreas antes inteiramente despovoadas na Amazônia, foi levado a cabo pela construção de grandes eixos rodoviários como a Transamazônica, Manaus-Porto Velho, Cuiabá-Porto Velho e Perimetral Norte (cf. figura 8), que funcionaram como corredor para o fluxo de colonos e de trabalhadores rurais provenientes especialmente do sul e do sudeste do país (Fialho, 2006). Além disso, na década de 1980 foram intensificadas as atividades de extração mineral, marcado principalmente pela corrida do ouro.

A *figura 8* ilustra ainda o traçado das principais estradas que recortaram de norte a sul e leste a oeste o extenso território da Amazônia: o traçado em negrito refere-se a BR 230 também conhecida como Transamazônica; o traçado vermelho-escuro indica a BR 174 ligando Manaus à Boa Vista e ao país vizinho Venezuela; o traçado em tom marrom e rosa refere-se à BR 319 que liga Manaus à Porto Velho e ao centro-sul do país. A constatação de que a partir das operações dessas estradas se deu início a um intenso processo de migração e desmatamento da floresta, leva boa parte dos autores a citar essas obras como fator decisivo na dinâmica da transmissão da malária na região.

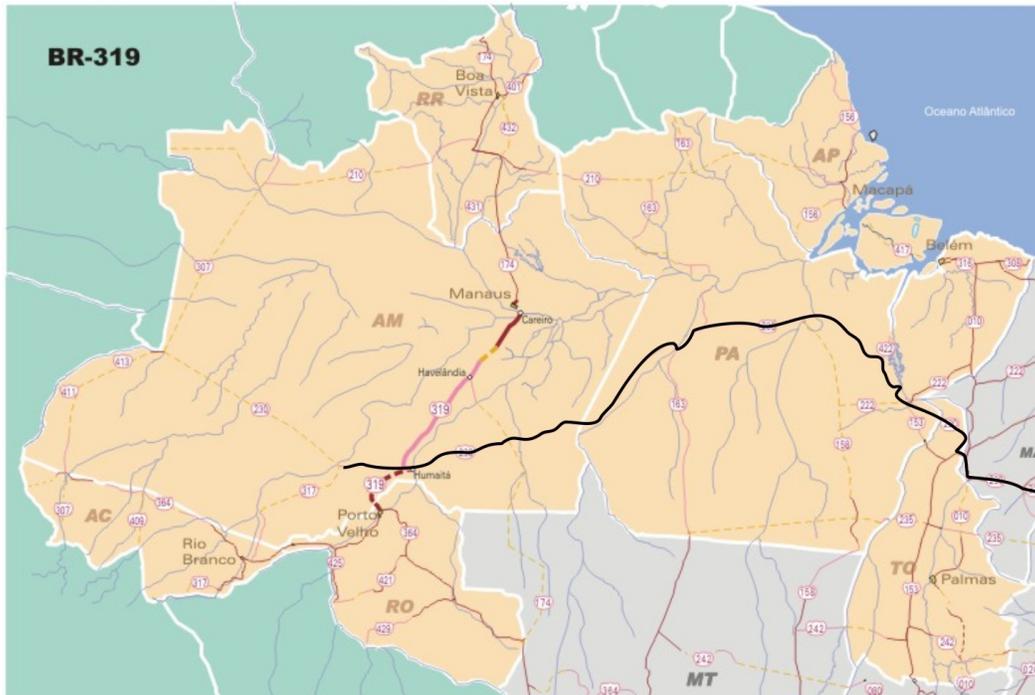


Figura 8 – Traçados das BRs 174, 230 e 319.
 FONTE: FVS, 2007

Como resultado desse grande movimento migratório, a região passou a registrar um elevado incremento populacional que se dirigia para áreas e atividades específicas até então não exploradas. Nesses termos, foram configurando-se novos espaços e novas formas de ocupação, numa região que outrora sobrevivia basicamente do extrativismo vegetal, da lavoura e da agricultura de pequena escala.

No caso específico do Amazonas, o destaque é para a década de 1980, quando a malária se apresenta com nítida tendência à ascensão no estado. Passam a ser observadas a partir de então a ocorrência de novos focos de transmissão em áreas até então consideradas indenes e incremento em outras reconhecidamente endêmicas.

Nesse aspecto merecem destaque aquelas regiões do estado onde foram implantados os projetos de assentamentos ou se implementaram obras de grande porte. Entre elas estão as áreas destinadas ao projeto de assentamento do rio Juma, ao sudoeste do estado, marcado pela presença de migrantes portadores do plasmódio e de garimpeiros oriundos de outras regiões e a instalação do complexo petrolífero de Urucu, nas regiões do médio Solimões e baixo Juruá, que ajudou a incrementar bastante os índices endêmicos do estado. Além dessas áreas, novos focos foram identificados em áreas de garimpo no município de Maués, sudoeste do estado, principalmente nos rios Abacaxis e Amaná (Albuquerque & Mutis, 1999).

Em relação à implicação de outros fatores para o quadro da endemia da malária no estado e seu respectivo descontrole, são também objetos de crítica por alguns especialistas a própria extinção, em 1990, das duas instituições atuantes na região: a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), esta última responsável por ações de controle das endemias, em particular da malária. A partir desse período a execução das ações de saúde pública passou a ser feita pela Fundação Nacional da Saúde (FNS), que na época recebeu severas críticas especialmente pela não clareza de seus objetivos institucionais (Albuquerque & Mutis).

Na tentativa de esclarecer a problemática envolvendo a alta incidência da malária no Amazonas e sua dinâmica de difícil controle, boa parte dos epidemiologistas tende a apontar as ações do homem sobre o ambiente como fatores determinantes. Entre essas influenciariam decisivamente o processo de evolução espaço-temporal da malária a implantação e estruturação de projetos de desenvolvimento, bem como a emergência de atividades de depredação ambiental. Além disso muitos consideram que a expansão da doença pelo

processo de incorporação de municípios às áreas críticas e altamente críticas tem sido uma constante desde então (Albuquerque & Mutis, 1999).

Um outro argumento utilizado para explicar eventuais reduções no quadro de infecção por malária no estado refere-se a procedimentos de caráter estritamente normativo. Assim, o baixo índice de ocorrência em determinado tempo e espaço são comumente relacionados à intensificação da repressão às atividades de extração de madeira, de garimpagem ou de medidas de controle severo pelos órgãos competentes (Albuquerque & Mutis, 1999; Terraza, 2005; Fialho, 2006).

Sobre a interpretação dessas análises considero importante fazer, pelo menos, duas observações como contribuição crítica e também com intuito de relativizar a questão envolvendo o aumento dos índices de transmissão da malária em Manaus. A primeira diz respeito ao movimento dos grupos sociais na região, na maioria dos casos ligados à sazonalidade, e descritas nesses estudos como “nomadismo”. Obviamente, esta percepção é tão equivocada quanto incapaz de descrever e compreender com clareza a especificidade dos movimentos migratórios e da mobilidade espacial dos grupos humanos no interior da Amazônia.

A segunda refere-se à questão do controle da malária que, nesses estudos, é referido apenas como resultado da integração dos níveis de atenção à doença, com repasse de conhecimento, experiência, tecnologia e recursos financeiros. Nestes termos, acreditamos então ser importante ponderar se ao desprezar as condições nas quais se produzem e reproduzem a vida na região - situações sociais que historicamente tem potencializado a incidência não apenas desta doença - uma redução drástica da transmissão da malária pode realmente ser cogitada.

5. DINÂMICA E ESPACIALIZAÇÃO DA MALÁRIA NO MUNICÍPIO DE MANAUS.

5.1. Características e condicionantes da dinâmica da malária urbana

Do ponto de vista epidemiológico, a malária urbana tende a ser caracterizada por um duplo aspecto. O primeiro aspecto refer-se à malária autóctone, decorrente dos problemas sociais e do processo de urbanização. O segundo, diz respeito à malária importada, cuja origem é associada aos movimentos migratórios e ao incremento dos meios de transporte. Para alguns autores, essas características epidemiológicas da malária urbana podem ser significativamente alteradas por fatores locais como a estrutura espacial da cidade, espécie vetoras responsáveis pela transmissão da doença, geomorfologia da área urbana, clima, hábitos da população residente, entre outros (Terraza, 2005).

Na Amazônia, onde os fatores climatológicos (temperatura, umidade, pluviosidade) e ambientais favorecem a transmissão da malária durante todo o ano, a transmissão da malária em alguns períodos tende a ser intensificada em função do aumento da densidade vetorial. Desse ponto de vista, fatores climatológicos interferem com o ciclo vital dos mosquitos e plasmódios, o que contribui para acelerar, em determinados períodos, a transmissão da malária (Motta, 1992).

Nesse caso, os meses mais quentes que correspondem ao período não chuvoso (segunda metade do ano), também corresponderiam à aceleração da transmissão da malária devido ao encurtamento do ciclo gonadotrófico do mosquito e da fase sexuada do plasmódio. Em relação às chuvas, supõe-se que ao provocarem a modificação da temperatura, elas aumentam a umidade relativa e ampliam as superfícies líquidas onde se processa a proliferação dos transmissores (Motta, 1992).

Contudo, grandes precipitações pluviométricas, como as que ocorrem na região, podem reduzir a densidade anofélica pelo arrastamento das formas aquáticas dos vetores. Em caso de menor precipitação, há possibilidade de estabilização dos criadouros tornando-se mais favoráveis à proliferação dos estágios larvários. A existência de vegetação em torno dos criadouros e das habitações, retendo a umidade e servindo como abrigo natural aos anofelinos, também é apontado como fator ambiental favorável à transmissão (Terraza, 2005).

Por outro lado, a ecologia do principal vetor da malária na região – *anopheles darlingi* – também é apontada como explicação da concentração da transmissão da doença em áreas de ocupação recente. A preferência deste vetor por locais próximos de desmatamentos, ou seja, locais limítrofes entre o ecossistema original (floresta) e o modificado pela ação antrópica é atribuída à necessidade que têm suas larvas de exposição a um certo grau de luz solar para garantir sua maturação (Terraza, 2005).

Outro aspecto epidemiológico que recebe especial atenção dos estudiosos sobre a transmissão da malária diz respeito à migração. Postula-se que determinados movimentos migratórios têm papel importante na elevação e na manutenção da endemicidade da doença. Existem estudos que foram

desenvolvidos justamente para demonstrar a relação da migração com a endemicidade da malária em áreas urbanas. Nesse caso, pode ser referência o estudo realizado por Sethi et al (1990) que enfocando grandes áreas urbanas na Índia, demonstrou que a endemicidade de malária na população migrante era consideravelmente maior do que a observada na população fixa nas cidades (Sethi et al *apud* Terrazas, 2005).

Sobre esse enfoque também foram realizados alguns estudos na Amazônia, entre eles o de Mcgreevy et al (1989) que analisou os efeitos da migração na distribuição e na prevalência de malária no município de Costa Marques, em Rondônia (Mcgreevy et al *apud* Terrazas, 2005). Esse estudo apontou a existência de uma associação positiva entre prevalência e migração. De acordo com seus resultados, foram detectadas prevalências muito baixas em áreas com população estável, ao passo que em locais de atração populacional, como a periferia da cidade e os projetos de colonização, constatou-se prevalência elevada.

De modo geral, esses fatores representam os principais condicionantes da dinâmica da malária no meio urbano para boa parte dos epidemiologistas. Acrescenta-se ainda que no caso das cidades amazônicas com histórico de endemicidade da malária, tendem a ser consideradas, nesse sentido, e por si só, zonas de irradiação de portadores de parasito que podem introduzir e produzir focos novos da malária em outras regiões do país. Não obstante, consideramos importante situar o problema da malária em Manaus numa perspectiva mais ampla dos condicionantes que historicamente tem contribuído para o recrudescimento dessa doença.

Do ponto de vista sociocultural, há elementos que podem ser apontados como influentes tanto na manutenção da endemicidade local quanto

na dinâmica que a transmissão da doença tende invariavelmente assumir. Do ponto de vista histórico, queremos argumentar que há uma relação consistente dessa doença com a cidade que poder-se-á, no caso de um exercício de memória, projetar sua ocorrência em diversas épocas.

5.2. Distribuição espacial da malária em Manaus

O contínuo crescimento das cidades associado a fatores ambientais e ecológicos são geralmente apontados por muitos especialistas como elementos que podem agravar significativamente o quadro epidemiológico da malária nos espaços urbanos. Em certos aspectos, esses especialistas costumam considerar a dinâmica da transmissão da malária em ambientes urbanos muito mais complexas do que aquela observada em áreas rurais, onde hoje estão assentados os conhecimentos sobre a epidemiologia da doença (Trape, 1987).

Em Manaus a ausência de infra-estrutura necessária para atender a demanda da população de migrantes que a cidade passou a receber principalmente na década de 1970 ocasionou problemas de diversas ordens. No âmbito da saúde pública, o forte processo de migração associado à ocupação desordenada do espaço urbano favoreceu o incremento de algumas doenças infecto-contagiosas que passaram a se propagar com frequência e intensidade

cada vez maiores. A chamada reintrodução de doenças antigas ou epidemiologicamente silenciadas (Albuquerque & Mutis, 1999; Terraza, 2005) pode estar em grande medida associada à ocorrência desses fenômenos.

No caso da malária, é esta a endemia que mais se destaca no cenário de Manaus, registrando sucessivos casos de epidemia principalmente a partir da implementação do projeto ZFM. Observa-se nesse caso que a transmissão é potencializada especialmente naquelas áreas consideradas altamente receptivas à doença. Essas áreas eram aquelas forçosamente habitadas por famílias de migrantes que vinham para a cidade. Em geral conhecida pelo nome de 'invasão', essas áreas inicialmente não ofereciam condições mínimas de infraestrutura urbana e nem de saneamento. Alojadas em condições precárias de moradia e vivendo em área de recente desmatamento, essas famílias formavam assim o tipo ideal de população suscetível vivendo em ambiente propício à ampliação da transmissão de que trata os manuais de malariologia (SESP, 1951; Silveira & Rezende, 1998).

No período de 1971 a 1973, ocorreu uma modificação drástica do comportamento da malária com influência significativa da área peri-urbana determinada principalmente pelo *P. falciparum*. As principais áreas de transmissão da doença compreendiam exatamente aquelas ocupadas por meio das chamadas invasões de localidades periféricas. Estima-se que essas ocupações envolviam uma população de 40.000 habitantes formada pelos núcleos da Alvorada, Coroadó, Compensa, Japiim e Santo Agostinho. As informações obtidas indicam que uma ação articulada dos órgãos governamentais, com realização de medidas de intervenção e controle nas áreas de maior incidência a partir de 1974, possibilitou uma diminuição considerável do número de casos registrados até então (Albuquerque & Mutis, 1999; Terraza, 2005).

Um fator colaborador da dinâmica da malária em Manaus em fins da década de 1970 apontado por alguns estudos é a liberação do tráfego da BR-369 (Manaus - Porto Velho) e a intensificação da colonização de suas margens e vicinais. Dados apresentados por essas análises indicam que a transmissão da doença aumentou nessas áreas e como consequência expandiu-se para municípios vizinhos. O incremento da transmissão da malária nos municípios que são limítrofes de Manaus ajudou a aumentar a pressão de introdução do parasito na cidade. Por outro lado, a construção da Hidroelétrica de Balbina nas proximidades de Manaus, que teve seu canteiro de obras instalado em 1977 com mais de 500 operários, contribuiu significativamente para elevar os índices de transmissão da doença na cidade (Albuquerque & Mutis, 1999).

Como já foi visto anteriormente, de 1975 até meados de 1988, Manaus registrou números relativamente baixos de casos de malária. E os casos de malária registrados nesse período foram classificados como “casos importados” (Albuquerque & Mutis, 1999), o que levava a crer que a transmissão da malária na cidade por casos autóctones tinha sido debelado. Mas, com a retomada da intensificação do processo migratório na segunda metade da década de 1980, aliada à ação deficiente da vigilância epidemiológica e entomológica, a partir de julho de 1988 foi registrada a reintrodução da transmissão no perímetro urbano da cidade. No fim da década de 1980 e no decorrer da década de 1990, observa-se na cidade um deslocamento dos casos de malária da zona norte (1970) para a zona leste (Albuquerque & Mutis, 1999).

A partir daí, a tendência de crescimento do número de casos começou a ser expressiva, ampliando-se para novas áreas de transmissão na cidade. De

modo geral a transmissão da malária durante esse período acompanhou o crescimento de bairros de ocupação recente como Tancredo Neves, São José, Armando Mendes, Zumbi dos Palmares e, posteriormente, Jorge Teixeira como espaços de maior transmissão, segundo dados da Funasa. A *figura 9* mostra a espacialização da transmissão da doença no município de Manaus já a partir do ano de 2004. Pode-se observar nesta figura a distribuição da malária no espaço geográfico que compreende o município de Manaus, indicando as áreas com níveis de transmissão que variam entre alto, médio e de baixo risco de transmissão. Pode-se observar ainda nesta figura que os igarapés Tarumã-Açu e Tarumã-Mirim permanece entre as áreas com elevado nível de transmissão da doença.

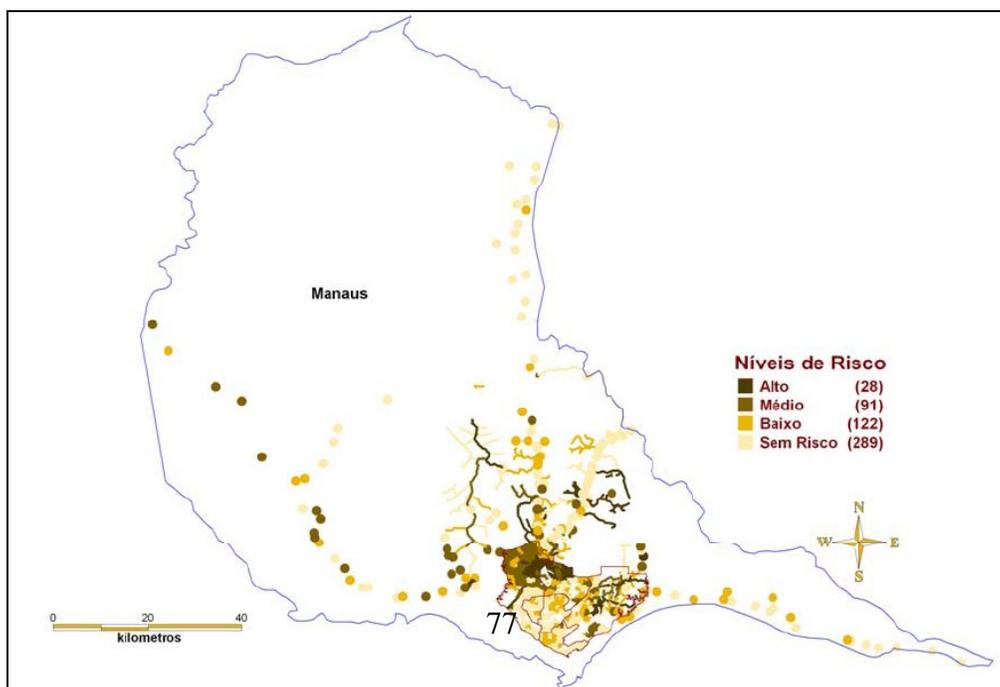


Figura 9: Transmissão da malária no município de Manaus - 2004

FONTE: Terrazas, 2005

Embora dados oficiais recentes indiquem um alto número de casos considerados autóctones do perímetro urbano de Manaus (FVS, 2005), alguns especialistas apontam a zona rural como *locus* da maioria das notificações de transmissão da malária (Albuquerque e Mutis, 1999; Terraza, 2005; Fialho, 2006). Nesse caso, atualmente são identificados dois grandes focos geradores de malária no contexto de Manaus: a área do Puraquequara e área do Tarumã. Nesse aspecto, alguns especialistas tendem a discordar dos dados que são apresentados pelos órgãos do governo que caracterizam como urbana mais de 60% dos casos de malária registrados em Manaus. Os estudos da malária no município de Manaus, segundo Terrazas, apontam para focos de transmissão que estão localizados na zona rural e não exatamente em área urbana. O principal problema que esse autor aponta a partir daí diz respeito à inclusão de áreas rurais como urbanas. Além de implicar num erro de informação sobre áreas de incidência da doença, isto também dificultaria a adequação de determinadas unidades de saúde, cujos serviços não estariam respondendo cabalmente à atual demanda dos casos de malária.

Por outro lado, alguns estudos epidemiológicos da malária sugerem que a distribuição espacial desta doença no município de Manaus tende a ser marcada por movimentos de transmissão que eclodem abruptamente. A constatação de que o município possui uma grande vulnerabilidade epidemiológica em função das suas características demográficas, econômicas,

sociais e ambientais, leva alguns autores a supor um estado de transmissão ativo mesmo naqueles períodos em que os números de casos registados não são considerados preocupantes. A passagem desse estado ativo para níveis de transmissão já foi caracterizado como “movimento de pulsação” da malária em Manaus (Albuquerque & Mutis, 1999). Em outras palavras, isto significa dizer que focos preocupantes de transmissão da malária passam a ser observados em áreas até então consideradas indenes e/ou que áreas reconhecidamente endêmicas tiveram um novo incremento da doença.

6. MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL

O aporte teórico e conceitual que subsidia este estudo, cujas referências conceituais certamente ultrapassam o que se convencionou chamar de fronteira disciplinar, tem como principal característica a valoração da compreensão holística. Esta perspectiva foi adotada tanto no processo de

construção da pesquisa, como na reflexão crítica sobre os instrumentos de análise utilizados pelo pesquisador. Assim, se procurou articular os conceitos de hermenêutica e de dialética tanto para uso na construção dos marcos teórico e metodológico da pesquisa, quanto para ampliar o campo de visão a respeito do que se supõe essencial na investigação de determinados fenômenos, isto é, a subjetivação do objeto e a objetivação do sujeito (Minayo, 2002).

No que concerne à concepção de hermenêutica, queremos destacar sua função central entendida como gênese da consciência histórica, ou seja, a capacidade de colocar-se a si mesmo no lugar do outro. Além disso, é importante enfatizar, sobretudo, que a utilização deste conceito está inteiramente associada à idéia da *compreensão*⁷ como categoria metodológica mais potente na atitude e no processo da investigação.

Em relação à noção de dialética, enfatizamos as idéias de crítica, de oposição, de mudança, de processo, de contradição e de movimento de transformação. Nesses termos, os problemas e as situações sociais observadas no âmbito desta pesquisa serão relacionados ao contexto da sua historicidade para que, desse modo, possam ser pensados e analisados como problemas que resultam do trabalho social, ou seja, de instrumentos de construção da realidade elaborados socialmente (Bourdieu, 2002).

Em síntese, tenho a preocupação em não considerar os instrumentos teóricos como conceitos fechados em si mesmos, mas sim, de colocá-los em prática, experimentando-os em testes da observação de campo. Nesses termos,

⁷ Gadamer afirma que a compreensão enquanto conceito “(...) designa a mobilidade fundamental da pré-sença, a qual perfaz sua finitude e historicidade, abrangendo assim o todo de sua experiência de mundo. O fato de o movimento da compreensão ser abrangente e universal não é arbitrariedade nem extrapolação construtiva de um aspecto unilateral” (Gadamer, 1997:16).

os conceitos utilizados na pesquisa foram submetidos a este ato vigilante, para que sua força operacional pudesse ser relacionada à sua capacidade efetiva de esclarecer certos problemas e não simplesmente confirmar preceitos já formulados previamente em determinadas teorias. Para tanto, procura-se trabalhar com a noção de campo⁸ tal qual proposto em Bourdieu, ou seja, não apenas pensando em sua força metodológica, mas como uma categoria fundamental para pensar relacionalmente o objeto desta pesquisa.

No que diz respeito ao processo de construção da historicidade e da sua relação com práticas culturais experimentadas no âmbito da comunidade, deter-se-á nas circunstâncias pelas quais determinados hábitos e/ou práticas são ou deixam de ser incorporados no cuidado e prevenção da doença. Neste caso, as práticas observadas na comunidade relacionadas ao cuidado da malária serão tratadas não como resíduos de uma cultura popular anacrônica e desprovida de racionalidade, mas sim como costume, que ao ser projetado como experiência pessoal é também contexto e mentalidade coletiva. No estudo feito por Thompson sobre esse tema, ele destaca que longe de indicar a permanência sugerida pela palavra “tradição”, o costume constitui um campo para a mudança e a disputa, uma arena na qual interesses opostos apresentam reivindicações conflitantes⁹.

O conceito de comunidade adotado neste estudo está relacionado à concepção de dinâmica social, com pluralidade de ação, interação e de situação entre indivíduos e grupos num determinado contexto histórico, evitando assim a interpretação das teorias clássicas de caráter nomológico-dedutivo e dos

⁸ A noção de campo aqui usada está relacionada à perspectiva teórica sugerida por Bourdieu. Para este autor, a noção de campo deve funcionar como um sinal que faz lembrar o pesquisador o que há que fazer, a saber, verificar que o objeto em questão não está isolado de um conjunto de relações das quais retira o essencial das suas propriedades (2002: 27).

⁹ Ver E. P. Thompson (1998:16-17).

conceitos operacionais¹⁰ que supõem uma distinção aparente, uma auto-evidência entre tipos de agrupamentos considerados de pequena escala. Nestes termos, busca-se o entendimento da malária e de suas vítimas, num contexto que envolve processos de modernização e de transformação de algumas estruturas da sociedade, dando especial ênfase aos olhares e às ações das pessoas que vivem o dilema da doença na comunidade. Como estratégia problematizadora da pesquisa, observar-se-á as relações historicamente estabelecidas entre a sociedade e os indivíduos que têm a experiência da doença.

Em relação à questão da malária e suas representações em Nossa Senhora de Fátima, procurei compreendê-la a partir da perspectiva situacional, ou seja, por meio da inserção da problemática da doença no contexto sócio-histórico da comunidade. No que concerne ao conceito de representação social adotado neste estudo, trata-se de uma tentativa de síntese das revisões e das críticas empreendidas principalmente por Bourdieu (1989), Menéndez (1998), Alves & Rabelo (1998) e Herzlich (2005) em torno da aplicação e das limitações deste conceito. Assim sendo, parto do suposto que os conjuntos sociais manejam um número maior de representações do que de práticas no que se refere ao processo saúde/enfermidade/cuidado. Ainda com base nesta compreensão as práticas serão percebidas como um tipo de síntese/seleção das representações em função da ação. Para Menéndez, as representações e práticas cumprem várias tarefas fundamentais articuladas entre si; essas tarefas vão desde possibilitar uma interpretação e ação com respeito aos padecimentos tidos como ameaçadores até possibilitar articular a relação dos sujeitos e grupos sociais com a estrutura social.

¹⁰ Neste caso referimos-nos basicamente aos conceitos de “minorias étnicas” e de “aculturação” que, para além das implicações de ordem metodológica na sua aplicação, sugerem uma falsa dicotomia entre comunidade e sociedade.

A idéia, neste caso, é evitar a abordagem muito recorrente onde se estabelece uma relação de determinação das representações sobre as práticas, de tal modo que estas últimas são vistas como passíveis de serem deduzidas do sistema construído de representações (Alves & Rabelo, 1998). Sob tal perspectiva de análise Alves & Rabelo observam que “as práticas em saúde e doença são tomadas como emanando de uma estrutura de significados subjacente” (1998: 108).

Considerando a observação feita por Menéndez sobre o processo saúde/enfermidade/cuidado, este será entendido aqui como uma construção social. Nesses termos, considera-se que os grupos sociais também constroem um perfil epidemiológico de caráter integrado; porém, ressalta-se que as representações e práticas relativas ao padecimento não serão vistas como algo estruturado, mas que emergem reativamente ante as situações específicas (Menéndez,1998). Em outras palavras, reconhecer-se-á o processo de constituição histórica do saber na comunidade, porém, este será, por sua vez, reconstruído no trabalho de pesquisa.

Para concluir sobre a concepção na qual se baseia a relação entre “representações e práticas” que será adotada nesta pesquisa, postula-se como bem observa Alves & Rabelo “que toda história de doença e tratamento revela um movimento mais ou menos pronunciado, conforme o caso, entre o velho e o novo. Esse movimento, que envolve processos de resistência, remanejamento e mudança de hábitos, dificilmente pode ser compreendido em toda sua complexidade a partir de um enfoque centrado nas “representações e práticas” (1998:110).

6.1. Nota sobre a metodologia

Sobre a metodologia, se se considerar como exposição lógica e sistemática dos princípios que orientam determinada pesquisa, acredito que ela já foi substancialmente delineada nos itens anteriores. Porém, como o uso desta concepção é cada vez mais raro em função de um sentido inteiramente descritivo (a totalidade dos procedimentos da investigação de um problema e das técnicas que lhe são pertinentes) vou utilizar também aqui a formulação do termo nesse sentido.

Historicidade como perspectiva analítica: nesse aspecto realizo uma etnografia histórica dos eventos e dos processos sociais relacionados com a produção e reprodução da malária na comunidade Nossa Senhora de Fátima. Este procedimento se justifica tendo em vista não apenas a emergência da doença como fato social, mas também como elemento que é capaz de engendrar novas e diferentes formas de relações sociais no âmbito da comunidade. De acordo com Menéndez, o processo saúde/enfermidade/atenção inclui desde ações cotidianas de solução de problemas até a elaboração de interpretações que expressam os núcleos centrais das ideologias/culturas dominantes/subalternas dos diferentes grupos que se relacionam numa determinada sociedade (Menendez, 1998: 82). Assim, a análise das relações historicamente estabelecidas entre a sociedade e os indivíduos envolvidos no processo de saúde/doença/cuidado da malária como estratégia problematizadora desta pesquisa pretende descrever em profundidade (reconstituindo interpretativamente) a extensão e a particularidade do problema investigado.

Fontes: a pesquisa articula e fundamenta-se sobre alguns dados, informações epidemiológicas e tipos de fontes produzidos em diversos níveis por determinados *agentes*. A noção de *agentes* integra a estratégia metodológica desta pesquisa no sentido de privilegiar os atores sociais, suas ações e suas representações sobre o tema investigado. A análise dos produtos destes agentes será feita levando em consideração a posição que ocupam nos processos enfocados. Assim, impõe-se a necessidade de uma ordenação das *fontes primárias* acessíveis e dos seus instrumentos de exploração.

a) *Fontes oficiais:* estamos incluindo entre estas fontes os decretos, leis, portarias, programas, planos, normas de procedimento, instruções sanitárias, relatórios e mapas produzidos basicamente – ainda que não exclusivamente – pelo poder público diretamente relacionados com as políticas de combate à endemia da malária no contexto da comunidade N.S. de Fátima.

b) *Fontes produzidas pela observação direta:* o levantamento qualitativo-etnográfico consistirá em *registros* produzidos no contexto dos levantamentos documentais; de *entrevistas em profundidade* com atores chaves sobre o cuidado materno-infantil, especialmente as mães, tendo em vista que estas, em relação ao processo saúde-doença no âmbito da família, assumem forte liderança (Abreu, M.H.N.G et al., 2005); e da *observação direta* junto aos eventos e situações que se relacionam ou caracterizam o processo saúde/doença/atenção no âmbito da comunidade.

Trabalho de campo: pelo exposto, fica caracterizado que o trabalho de campo foi realizado em N.S. de Fátima objetivando o levantamento das condições básicas de produção e reprodução da vida de seus moradores e as possíveis relações com a ocorrência da malária. A atividade de trabalho de campo foi realizada em duas etapas: a primeira relacionada com a coleta de dados sobre a comunidade e seus moradores na relação com a doença; a segunda consistiu em trabalho etnográfico envolvendo o grupo em estudo. Em relação à análise

das práticas e estratégias das mães no enfrentamento de seus problemas cotidianos, em especial na busca dos cuidados em saúde, esta foi feita por meio da observação dos itinerários terapêuticos geralmente adotados nessas situações. A idéia de itinerário terapêutico na qual se baseou esta pesquisa está relacionada com a busca de cuidados terapêuticos e pretendeu analisar práticas individuais e sócio-culturais de saúde, bem como possíveis caminhos percorridos pelas pessoas na tentativa de solução do problema. Finalmente, no que concerne à análise das representações sociais, o material bruto coletado nas entrevistas foi organizado e dividido em temáticas relativas à malária de acordo com os seguintes eixos de análise: a) representações de eventos somáticos da malária e das ações humanas tomadas em função destes; b) representações relacionadas ao meio ambiente, eventos ecológicos e ações humanas a eles referidas.

Critérios de inclusão:

- Ser mãe de criança com idade igual ou abaixo de 10 anos;
- Ter idade superior a 18 anos;
- Morar na comunidade há pelo menos 2 anos consecutivos e nela ter residência fixa;
- Ter levado filho(a) no posto de saúde local para realização de lâmina, com resultado positivo para malária, a partir de janeiro de 2007.

Critérios de exclusão:

- Mãe cujo filho(a) não vive sob sua inteira responsabilidade, morando permanente ou temporariamente com avós, parentes, etc;
- A pessoa selecionada para compor o grupo pesquisado, mas que se recuse a participar da pesquisa (nesse caso será incluída outra pessoa que será sorteada da amostra).

Grupo pesquisado: a amostra da pesquisa foi obtida com base na identificação clínica de infecção por malária de crianças menores de 10 anos, cujas mães eram maior de idade, tinham residência fixa na comunidade e haviam levado os filhos no posto de saúde Nossa Senhora de Fátima para fazer o exame de gota espessa a partir de janeiro de 2007. Para garantir a seleção eqüitativa dos sujeitos foram relacionadas 20 mães que participaram de sorteio simples para compor o grupo a ser pesquisado. Após o sorteio que selecionou 13 pessoas e, em seguida, a desistência de duas selecionadas, a pesquisa foi realizada com 11 mães, com idade entre 23 e 40 anos, todas com residência fixa na comunidade, cujos filhos ou apresentavam quadro clínico de malária no momento da pesquisa, ou haviam contraído a doença a partir de janeiro de 2007. Em razão da migração e da forte mobilidade das famílias na área da pesquisa, o projeto de pesquisa previu ainda que as mães estivessem residindo na comunidade há pelo menos dois anos consecutivos. O projeto de Pesquisa foi aprovado em reunião do Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas sob nº. 0030.0.115.000-07, em 26 de abril de 2007.

PARTE II

COMUNIDADE NOSSA SENHORA DE FÁTIMA: ESTUDO DE CASO ACERCA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MALÁRIA

7. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA E SEUS HABITANTES

Nossa Senhora de Fátima é uma das seis comunidades denominadas rurais que se localizam na bacia do igarapé Tarumã-mirim, afluente da margem esquerda do rio Negro. Além de Nossa Senhora de Fátima, estão localizadas no sentido do curso deste igarapé as comunidades Agrovila, na margem direita, São Sebastião, margem esquerda, Julião, na margem direita, Ebenezer, na margem esquerda e Nossa Senhora do Livramento, na margem direita. Situada à margem esquerda do igarapé a $03^{\circ}01'11''$ latitude sul e $60^{\circ}09'53''$ longitude oeste, Nossa Senhora de Fátima é a comunidade que fica mais próxima da cidade de Manaus – 7 Km em linha reta.

Considerando a dificuldade de acesso e a dependência basicamente de um único meio de transporte para se chegar a essas comunidades, a posição geográfica de Nossa S^a de Fátima facilita o acesso de banhistas e de moradores de Manaus, tornando esta comunidade bastante visitada especialmente na

época do verão. A comunidade possui três portos no seu entorno que costumam ser utilizados pelos moradores para embarque e desembarque. A *figura 9* mostra o principal porto localizado no igarapé São José, por onde chega a maioria das pessoas que vai até a comunidade.

A Nossa Senhora de Fátima possui ainda uma estrada que liga a comunidade aos assentamentos do *PA Tarumã-Mirim* feito pelo INCRA até a cidade de Manaus. Cabe destacar que no caso desta estrada, ainda que a trafegabilidade nela seja bastante desencorajadora pela péssima manutenção que ela recebe, o seu uso por pessoas que moram ou pretendem chegar à comunidade é muito frequente. Guardadas as devidas proporções, Nossa Senhora de Fátima é também a comunidade que mais se aproxima das características sóciodemográficas dos bairros da periferia de Manaus. A comunidade foi fundada em 25 de maio de 1975, por quatro famílias vindas de municípios do interior do Amazonas. No entanto, a ocupação da área onde hoje fica a comunidade ocorreu em 1954 quando lá chegaram seus primeiros moradores, que à época eram apenas duas famílias oriundas do interior do Amazonas.



Figura 10: Vista frontal de N.S. de Fátima

FONTE: Arquivo João Siqueira – jan/2008

As terras ocupadas pelos moradores de N. S. de Fátima pertenciam ao senhor José Sobreira do Nascimento, conhecido como comendador e suposto titular de uma grande faixa de terra de aproximadamente 13 Km que se estendia desde os igarapés Tarumã-açu e Tarumã-mirim até as proximidades do Tupé, na margem esquerda do rio Negro, a noroeste de Manaus. Ainda hoje, segundo os próprios moradores, a indenização das terras de N.S. de Fátima é reclamada na justiça por familiares do ‘seu Zeca Nascimento’ como é chamado pelos antigos moradores da comunidade.

Em relação à história da ocupação de Nossa Senhora de Fátima, os relatos dos moradores mais antigos identificam diferentes momentos que caracterizam não apenas o enfrentamento dos desafios do lugar, mas também das situações de tensões e de jogo político que marcaram as relações dos moradores com o sr. José Sobreira do Nascimento. Segundo esses depoimentos, por volta de 1954, quando chegaram à localidade as duas primeiras famílias, não houve por parte do proprietário reação no sentido de expulsão desses moradores. A permanência dessas famílias foi consentida e alguns de seus membros foram contratados por José Sobreira do Nascimento para trabalhar em suas terras.

A relação dessas famílias com Zeca Nascimento, como geralmente é chamado pelos moradores, permaneceu assim durante vários anos. As famílias viviam basicamente da pesca, do plantio de tubérculos, do cultivo de espécies frutíferas e da produção de carvão. Alguns moradores também eram contratados por Zeca Nascimento para trabalhar com exploração de madeira ou tomar conta de suas fazendas. Até a década de 1970, a localidade era conhecida como São José e nesse período já contava com cerca de vinte pessoas; seus moradores até então não haviam experimentado qualquer tipo de pressão com finalidade de desintrusão da terra.

A situação parece ter mudado quando alguns moradores começaram a solicitar a construção de uma escola para alfabetizar seus filhos. Com receio de ter a alienação de suas terras facilitada em função de instalações públicas no local, Zeca Nascimento se opôs à construção da escola e se manteve resistente à instalação de qualquer serviço de atenção aos moradores. Por outro lado, a forte incidência da malária forçava algumas famílias, que não suportando as intermitências da doença, que à época já grassava com grande força a localidade passaram a abandonar suas benfeitorias, o que de certo modo contribuiu para a estabilidade de um número sempre reduzido de pessoas habitando o local.

Em 1975, após inúmeras insistências dos moradores e reconhecendo a iminente dificuldade em manter a posse da terra, o sr. José Sobreira do Nascimento propõe a criação da comunidade e ajuda os moradores a construir a escola. De acordo com o depoimento de um morador antigo, por trás desse gesto havia a intenção do proprietário forçar o governo a lhe indenizar as terras.

“Eu trabalhava para ele e continuei insistindo na criação da escola. Nunca desisti. Um dia ele me chamou e disse olha a gente tem que criar uma comunidade aqui; que é pra futuramente o governo desapropriar essas terras e eu receber a indenização. Foi então que ele permitiu a criação da escola e até nos ajudou com o material da escola” (RGF, 49 anos).

A comunidade foi fundada em 25 de maio de 1975 por quatro famílias que então habitavam a localidade. O nome inicialmente escolhido pelos moradores foi São José, mas segundo as informações José Sobreira do Nascimento sugeriu a comunidade levasse o nome de Nossa Senhora de Fátima porque ele dizia ser devoto desta santa. Em 27 de outubro de 1987 foi fundada a Associação de Moradores de Nossa Senhora de Fátima com objetivo de organizar a comunidade e reivindicar o direito à posse das terras já ocupadas. Este período marca também as primeiras tentativas de pressão no sentido da reitengração de posse das terras.

Durante minhas primeiras observações de campo, obtive de alguns moradores a informação de que a comunidade plantava espécies frutíferas como cupuaçu, banana e abacaxi, além do cultivo da mandioca. Pude observar mais tarde que o cultivo dessas frutas é feito na maioria das vezes no próprio quintal da casa e somente alguns poucos moradores têm áreas maiores de terra para uso exclusivo de cultivo. Essas áreas ficam ao longo da estrada ou no entorno da comunidade. Outra atividade econômica que se fez referência, embora não abertamente, foi a exploração da madeira, além de derivados da floresta como óleos, mel, fibra e caça.

7.1. Aspectos sociodemográficos de Nossa Senhora de Fátima

Dados do censo demográfico do IBGE em 2000, indicavam que na comunidade havia uma população de 190 pessoas, sendo 107 do sexo masculino e 83 do sexo feminino. Um dos aspectos, que também chamam atenção nesse levantamento do IBGE, diz respeito à origem de onde migrou a maioria dos moradores para a comunidade. De acordo com esses dados, a maioria absoluta, isto é, 147 pessoas se declararam como naturais do interior do Amazonas. Num outro aspecto, que está relacionado com *cor ou raça*, 72 pessoas se declaram como brancas e 75 se declararam pardas. No aspecto relacionado com a *condição de atividade*, a comunidade de N.S. de Fátima possuía, em 2000, uma população marcada principalmente pela condição de não ativa economicamente, já que 97 pessoas foram declaradas inativas nesse aspecto.

Em 2005, quando procurei a associação de moradores para obter informações sobre a população existente na comunidade, fui informado que havia cerca de 250 famílias na comunidade e a população foi estimada em 1200 pessoas. No entanto, num levantamento preliminar feito pelo Projeto Água e Cidadania, entre fevereiro e março de 2005, foi constatado que havia aproximadamente 150 famílias e uma população estimada em 750 pessoas. De acordo com informação do relatório da coordenação de levantamento sociodemográfico do projeto Água e Cidadania, nesse levantamento tomou-se como base de cálculo o número de residências ocupadas ou aptas à ocupação e a partir dele foi feita a projeção de moradores na comunidade (Siqueira et al, 2007)¹¹.

¹¹ Cf. relatório da Coordenação de Levantamento Sociodemográfico do Projeto Água e Cidadania: por uma relação responsável entre homem e natureza, 2005.

Em uma segunda pesquisa censitária feita posteriormente pela mesma equipe de pesquisadores do Projeto Água e Cidadania revelou que, em 2005, Nossa Senhora de Fátima tinha exatamente 391 pessoas, sendo 231 do sexo masculino e 170 do sexo feminino. Desse total, 85 possuíam menos de dez anos, onde 45 eram do sexo masculino e 40 do sexo feminino. Atualmente, considerando principalmente a chegada de novas famílias para a área do Abelha que ocorreu logo após a realização deste censo, estimo que a população em Nossa Senhora de Fátima gravite em torno de 500 habitantes.

As habitações em Nossa Senhora de Fátima seguem mais ou menos o modelo das casas vistas nos bairros da periferia de Manaus. São habitações feitas em sua grande maioria de madeira, em média com 10m² de área construída, cobertas com telhas de alumínio e possuindo dois ou três cômodos em geral (Siqueira et al, 2007). Também foram observadas casas feitas em alvenaria e de material misto, mas essas são realmente em número inferior.

Em relação às condições de saneamento, dados do Projeto Água e Cidadania em 2006 apontavam que 19% das residências não possuíam privadas, e das residências que já possuíam 88% delas ficavam no quintal da casa; uma boa parte dessas privadas foi caracterizada na pesquisa como “buraco negro” (46,6%), ou seja, as fezes e dejetos têm como destino um buraco de no máximo dois metros de profundidade. Ainda sobre essas residências, 53% delas não possuíam um local apropriado para o banho; essa atividade foi relatada como sendo feita na maioria dos casos diretamente no igarapé ou em poços e cacimbas. A respeito da água utilizada para o consumo dos moradores, seja como bebida ou para preparos de alimentos, 85% das casas utilizavam água de poços também feitos no próprio quintal, 1% recolhia a água da chuva e 14% faziam uso da água dos igarapés.

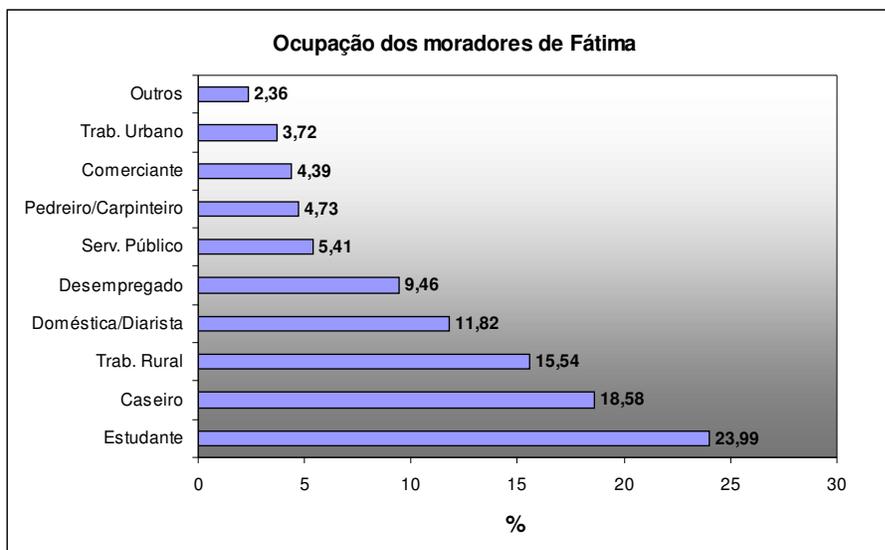


Figura 11 – Ocupação dos moradores em N.S. de Fátima
 FONTE: Projeto Água e Cidadania, 2005

Alguns dados da pesquisa sobre aspectos socioeconômicos dos moradores de Nossa Senhora de Fátima, realizada em 2005 pelo Projeto Água e Cidadania, também podem contribuir para o entendimento sobre quem são e como vivem as pessoas nessa comunidade. Em relação à ocupação, por exemplo, das pessoas com idade de trabalhar que foram abordadas na pesquisa, a maior parte, ou seja, 23,9% afirmaram ter como principal ocupação o estudo. Em segunda e terceira colocação aparecem as atividades de trabalhador rural e caseiro, respectivamente. A figura mostra as principais atividades do universo de ocupação reportadas na pesquisa.

É importante destacar sobre esta pesquisa que as variáveis *trabalhador urbano, trabalhador rural e caseiro* são, na verdade, representativas de algumas atividades que foram citadas pelos moradores e, pelo fato de poderem ser relacionadas entre si, foram agregadas nas referidas categorias¹².

¹² Cf. esclarecimento da Coordenação de Levantamento Sociodemográfico do Projeto Água e Cidadania: por uma relação responsável entre homem e natureza sobre os procedimentos na coleta de dados.

Assim, quando é empregada a variável *trabalhador urbano*, está se referindo exatamente a um grupo de atividades citado na pesquisa que envolve trabalhar como confeitadeira, condutor de alunos, motorista, músico, artesão, administrador, guia turístico, sucateiro, bancário, tesoureiro e marítimo. A variável *trabalhador rural*, quer se referir exatamente às atividades envolvendo o trabalho na agricultura, no extrativismo e exploração de madeira; deve-se enfatizar ainda que nessa variável várias pessoas informaram executar as quatro atividades. Na variável denominada *caseiro*, além das pessoas que se declararam como caseiro, foi incluída a atividade de *limpar terreno*, por ela ser também relacionada com o trabalho de caseiro. Já a variável *outros* diz respeito exatamente às pessoas que se declararam somente como aposentadas ou pensionistas.

Outro aspecto destacado na pesquisa foram as práticas de cultos religiosos. Embora a comunidade apresente uma pequena variedade de igrejas com distintas orientações religiosas, há uma grande predominância da religião católica com 77,3% de adeptos entre os moradores. Em seguida, está a Assembleia de Deus com 14,8% de adeptos. O *figura 11* mostra as principais religiões reportadas no momento da pesquisa.

Cabe salientar aqui também que para melhor representar graficamente todas as religiões reportadas na pesquisa foi construída a variável *outros*, onde foram agregadas religiões como Presbiteriana, Metodista, Restauração, Deus é Amor, Pentecostal e Igreja do Sétimo Dia, sendo que cada uma dessas religiões recebeu uma única indicação por parte dos moradores entrevistados na comunidade. A variável *não tem* está relacionado com as respostas de moradores que declararam não ter nenhuma religião.

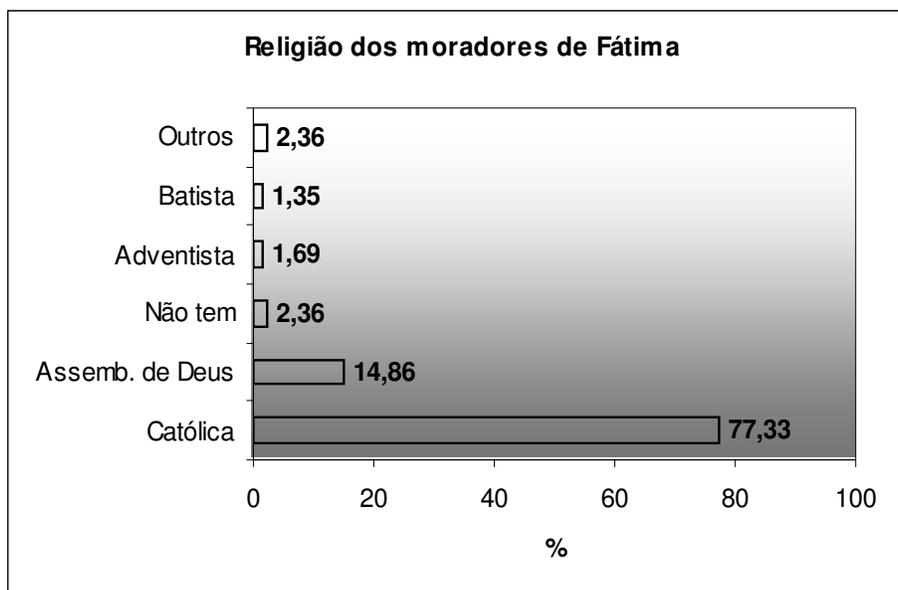
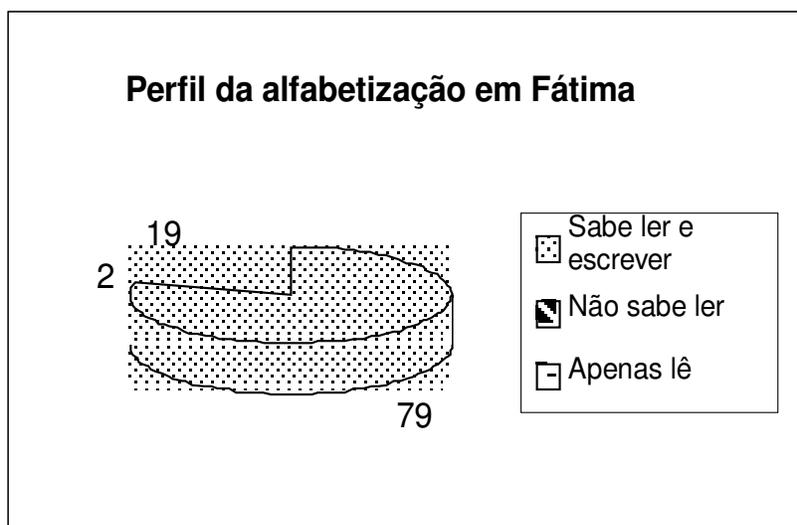


Figura 12 – Religiões praticadas em N.S. de Fátima
 FONTE: Projeto Água e Cidadania, 2006

Esta pesquisa abordou ainda aspectos relacionadas com a educação dos moradores. Tendo como objetivo obter um perfil do quadro referente à instrução escolar na comunidade, a pesquisa enfocou pessoas em idade escolar e procurou identificar se elas sabiam ler, escrever, ou, se tinham condições de executar ao menos uma dessas atividades.

Para representar o resultado da pesquisa foram indicados três níveis de alfabetização. Nesse aspecto, observou-se que a maioria dos moradores em idade escolar sabe ler e escrever. No entanto, também se destaca um número razoável de pessoas que informaram saber apenas ler. Enfatiza-se que o resultado apresentado no gráfico, refere-se a uma enquete realizada apenas entre moradores com dez anos ou mais no ano de 2005.



*Figura 13 – Perfil de alfabetização entre moradores
 Fonte: Projeto Água e Cidadania, 2006*

Em relação ao estado civil da população de Nossa Senhora de Fátima, essa pesquisa revelou que em 2005 quase metade dos moradores com idade superior a 15 anos caracterizava-se como solteira. Talvez uma das razões para esse quadro esteja relacionado com o perfil da população que é relativamente jovem. Nesse aspecto, a pesquisa revelou que 36% dos moradores têm entre 10 e 30 anos de idade. Além disso, foi observado um número considerável de pessoas que mesmo vivendo com outras declararam que tal relação não era “firme”, isto é, não podia ser caracterizada como um tipo de união consensual.

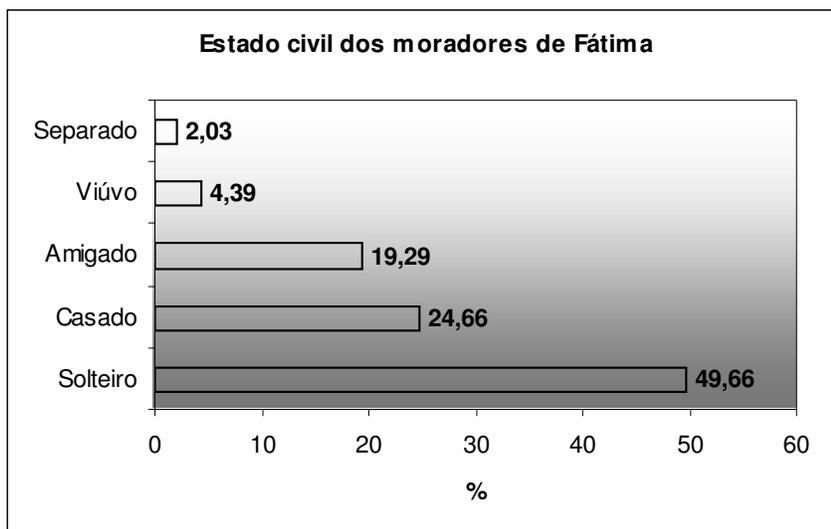


Figura 14 – Estado civil dos moradores de N.S. de Fátima
 FONTE: Projeto Água e Cidadania, 2006.

Não obstante, foi observado um número considerável de pessoas que declararam viver em união consensual e por essa razão aqui são indicadas pela variável *amigado* que aparece no gráfico abaixo. De modo geral, somando as relações definidas como união consensual e de casamento efetivo observados na comunidade, pode-se considerar um número bastante razoável

de pessoas com vínculos caracterizados por relações conjugais que é superior à 43% dos entrevistados.

7.2. Organização e disposição da ocupação na comunidade.

Em relação aos processos organizativos que definem a natureza da sua ocupação, Nossa Senhora de Fátima revela-se bastante regular na distribuição da população que habita as diversas localidades da sua área geográfica, apresentando uma organização relativamente consistente na distribuição de terras para fixação de seus moradores. Nesse caso, a distribuição e fixação dos moradores na comunidade é regulada basicamente pela diretoria da associação de moradores que se esforça para organizar esse processo.

Ao demonstrar interesse em morar na comunidade, por exemplo, é comum o candidato a morador passar por uma entrevista na sede da associação onde é colhida informações sobre a sua intenção de morar na comunidade, profissão, renda e outras além de fornecer seus dados pessoais. Nas minhas observações pude notar que em seguida à entrevista também é feita uma busca junto aos órgãos de segurança para certificação da conduta do candidato. Numa

conversa que tive com um informante a esse respeito, fui informado de que, caso a busca encontre algum mau antecedente na vida do candidato, encontra-se imediatamente um subterfúgio para que ele não venha a se instalar na comunidade.

Por outro lado, ao ser constatado que o candidato possui 'perfil' para morar na comunidade, ele pode ser convidado, mediante o pagamento de uma taxa no valor de R\$ 50,00 no ato da inscrição e de R\$ 10,00 reais mensais, a se associar à associação de moradores. Tanto o pagamento da taxa quanto a aceitação do candidato como membro é decidida em assembléia geral dos moradores. Entretanto, o fato de nenhum morador possuir título definitivo de seu terreno, gera com certa frequência posições antagônicas entre moradores e a diretoria da associação, o que tende a provocar tensões internas ou azedar relações pessoais no âmbito da comunidade.

Não obstante à emergência desses conflitos, pude observar que a ocupação da comunidade nos últimos anos tem sido contínua, apresentando um crescimento em termos demográficos que se expande para cinco novas áreas em torno da sua sede (ver figura 14). Essas áreas são conhecidas como Forquilha, Abelha, Furo do Arapari, igarapé de São José e igarapé de São João.

A *figura 14* refere-se a um croqui elaborado com base na densidade demográfica e na distribuição espacial dos moradores em área central da comunidade, em julho de 2002. A estimativa atual de 500 habitantes se dá com base em dois dados fundamentais: o levantamento censitário realizado pelo Projeto Água e Cidadania e concluído em novembro de 2005; e a verificação de um novo processo de ocupação da área conhecida como Abelha por várias famílias que se iniciou logo após a conclusão deste levantamento.

Para o presidente da associação de moradores da comunidade, Nossa Senhora de Fátima nos últimos anos tem atraído muitas pessoas que procuram a localidade para fixar moradia. Afirma ainda que a maioria dessas pessoas que procuram a comunidade é de baixa renda, em muitos casos desempregados, que não podem viver de aluguel em Manaus. Ao discorrer sobre as características da demanda que ocorre à localidade para se fixar, o presidente se preocupou em enfatizar que os critérios adotados na avaliação do futuro morador não leva em conta questões como rendimento familiar, embora se indague a respeito de como o indivíduo ganha seu sustento.

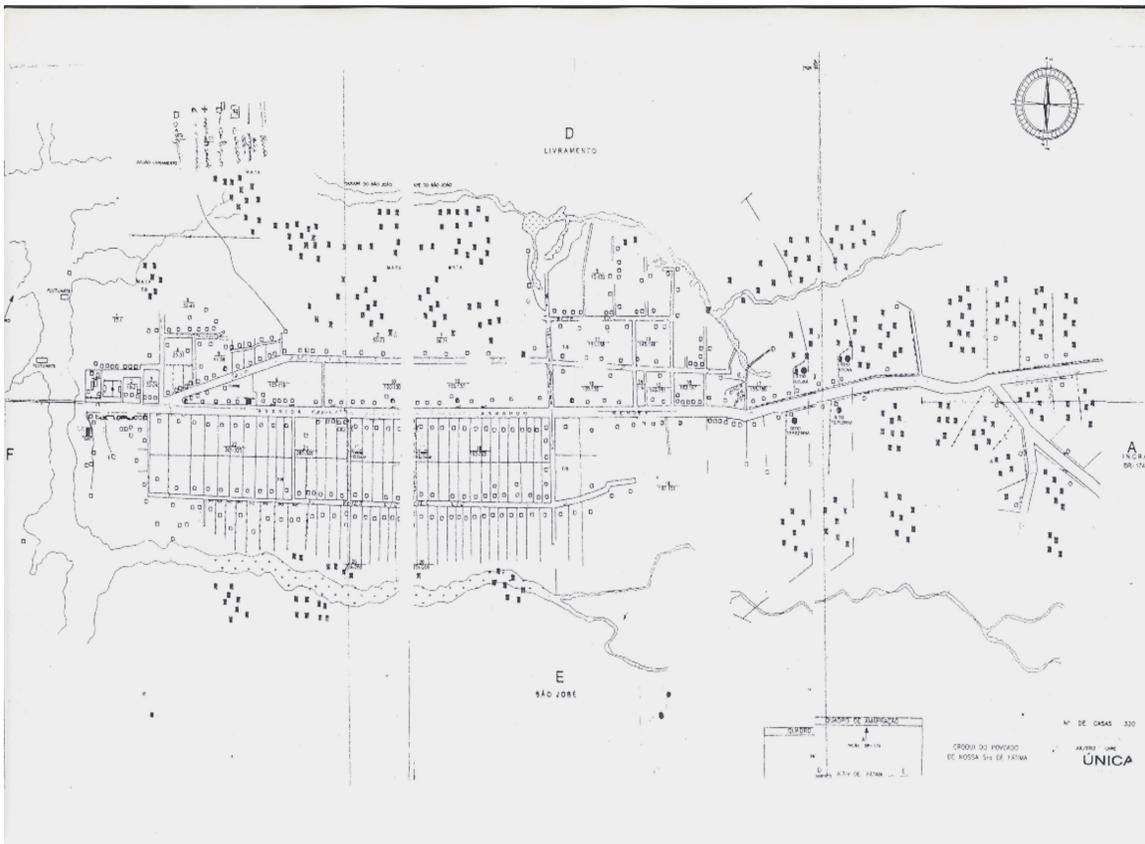


Figura 15: Croqui da comunidade Nossa Senhora de Fátima

FONTE: Livre – Julho/2002

Tomando esses dados como referência para uma breve análise síntese dos aspectos social, econômico e demográfico da comunidade N.S. de Fátima, se torna fácil ponderar que se trata de grupo social de pequena escala, com formas de organização social relativamente simples e com uma mobilidade bastante grande entre seus membros. Por outro lado, é possível observar igualmente a variedade de elementos constituintes de situações sociais específicas, que combinadas ou não, podem ser geradoras de eventos, que por sua vez, dadas as circunstâncias, vão produzir dinâmicas específicas na comunidade.

Em outras palavras, isto quer dizer que a aparente monotonia dada muitas vezes à vida comunitária, como o suposto padrão de conformidade muitas vezes a ela atribuída, pode ser negado, por exemplo, pelas tensões provocadas por intrigas domésticas, por disputas políticas, decisões intercomunitárias, boicotes às atividades de organização, enfim, das ações e interações cotidianas que expressam a pluralidade de planos e de situações particulares que se desenvolvem no interior desses pequenos agrupamentos.

7.3. Aspectos sócio-ambientais

Nossa Senhora de Fátima se localiza numa área de confluência de igarapés que confere à comunidade uma geografia multifacetada. Recortada por vários igarapés de pequeno e médio porte a comunidade é formada por terras descontínuas, áreas alagadiças e uma saliência de terra entre os igarapés do Tarumã-Mirim e São José, onde se encontra o núcleo de ocupação da comunidade. Para além da área habitada, observa-se fragmentos da floresta tropical de terra firme, com estrutura e composição florística bastante

diversificada e definidas por solo e relevo tipo platô, vertente, campinarana e baixio (Noda et al, 2007).

O clima é quente e úmido e a temperatura média anual atinge os 27° C. Com temperatura máxima absoluta de 38° C à sombra, média anual da umidade relativa do ar girando em torno de 80%, e precipitação média anual de aproximadamente 2.300 mm, N.S. de Fátima se apresenta assim com as características naturais encontradas na maioria das localidades amazônicas. Nossa Senhora de Fátima é também marcada por um período chuvoso que vai de novembro a junho e um período seco de julho a outubro (Proambiente, 2002). Os recursos hídricos existentes na comunidade pertencem às bacias dos igarapés Tarumã-Açu e Tarumã-Mirim (Noda et al, 2007). Esses igarapés possuem águas pretas ácidas e pobres em minerais. O terreno da comunidade tem origem geológica em sedimentos terciários que formam o Grupo de Barreiras caracterizado por intercalações de arenito, argilitos e subordinadamente conglomerados (RADAMBRASIL, 1978), o que do ponto de vista geomorfológico, determina solos de elevada acidez e com pouca fertilidade (Proambiente, 2002).

Devido à característica da sua principal atividade econômica, marcada pelo extrativismo vegetal, além da intensa atividade madeireira que se exerceu desde as primeiras ocupações sobre a área, em 1995 o governo do Estado cria a Área de Proteção Ambiental – APA da margem Esquerda do Rio Negro. Compreendendo uma área de 500 mil hectares esta APA tem como objetivo proteger e conservar a qualidade ambiental e os seus sistemas naturais (Noda et al, 2007)

Com pouca presença de mata nativa em seu entorno, sinal da forte pressão antrópica exercida nos últimos anos, Nossa Senhora de Fátima está inserida nesta área de proteção ambiental e participa atualmente de pequenos projetos experimentais de viabilidade econômica. Por outro lado, seus moradores enfrentam problemas comuns à todas comunidades ribeirinhas como esgoto a céu aberto, falta de água tratada, transporte e desemprego. É nesse cenário natural e sociocultural que estão inseridos os moradores de Nossa Senhora de Fátima.

Diante disso, a perspectiva relativa à experiência social, que enfatiza seu caráter situacional e problemático, é considerado aqui como um elemento central para a compreensão da relação dos moradores com a questão da malária. Assim, supondo que seres humanos em suas atividades selecionam, entre centenas de opções de eventos, aquelas que se encaixam em suas formas ordenadas de percepção, bem como dos seus interesses e propósitos em jogo, há que se considerar por conseguinte que o que é dado passa a ser o que é percebido e experimentado como “dado” (Gusfield, 1979). Como poderemos ver mais adiante, as ponderações acerca da ocorrência da malária e a sua representação enquanto enfermidade estão imbricadas nessa experiência de caráter situacional de seus moradores.

7.4. Aspectos sobre a história da malária em N.S. de Fátima

“Quando nós chegamos aqui tinha malária demais, a gente pegava malária demais. Todo mundo tinha. Aí a gente trabalhou um pouco mais e comprou um motorzinho de popa. Quando a gente ia deixar um em Manaus

chegava aqui tinha 2 ou 3 com malária; pegava de novo e levava pra Manaus; tinha tempo que a gente passava boa parte da semana levando doente pra Manaus. Nessa época era eu a mulher, o Raimundo, o Romildo e essa minha filha que mora aí do lado. Nesse tempo a gente levava o pessoal lá no São Raimundo onde tinha um posto de saúde". (N.G.F, 79 anos).

Seu Nelson é um aposentado de fala pausada e gestos firmes que às vésperas de seu octagésimo aniversário mostra-se muito ativo para o trabalho e com uma lucidez impressionante. Foi um dos pioneiros na ocupação da antiga localidade e hoje é um dos últimos fundadores de Nossa Senhora de Fátima ainda vivo. Diligente com as pessoas que buscam informações sobre a comunidade, seu Nelson mantém a serenidade mesmo quando discorre sobre os difíceis momentos vividos por ele e sua família durante a ocupação da área hoje conhecida por Nossa Senhora de Fátima.

Em 1954, seu Nelson, na companhia de um compadre e sua família, ocuparam uma área próxima ao igarapé Tarumã-Mirim após meses de moradia em flutuantes localizados no entorno de Manaus. Seu Nelson relata que na época sua família era composta por ele, a esposa e mais três filhos e que quando chegaram na localidade não se sabia de quem eram aquelas terras. Ao chegarem onde hoje fica a comunidade montaram acampamento e posteriormente construíram os tapiris que abrigariam suas famílias. Em seguida, abriram roçados para o plantio de mandioca e de espécies frutíferas. O compadre dele, Pedro Pinto, decidiu então entrar até a cabeceira do igarapé São José e lá se fixar com sua família.

No início as duas famílias trabalhavam com carvão e nas terras onde não havia areia abriam roçados para o plantio de mandioca e frutas. Foi seu Pedro Pinto quem convidou seu Nelson para trabalhar com José Sobreira, então proprietário das terras que eles haviam ocupado. De acordo com seu Nelson, o convite era para trabalhar uma semana, mas ele acabou ficando vinte e dois anos trabalhando como mateiro e tirando madeira para as serrarias de José Sobreira.

Os relatos dos mais antigos moradores, como seu Nelson, atestam que a doença mais persistente em Nossa Senhora de Fátima em todos os tempos sempre foi a malária. É possível que a malária lá não se constitua apenas num problema, mas num tema com nuances variadas que desafiam cotidianamente a cognição e a experiência dos moradores. Diante disso, é pouco provável que lá se encontre residindo alguém que não possa tecer comentários acerca da doença ou que não saiba falar sobre seus efeitos.

Além disso, existe um juízo mais ou menos partilhado entre a maioria dos moradores de Nossa Senhora de Fátima sobre a condição que inexoravelmente se impõe à qualquer pessoa que tenha pretensões de morar por lá. Durante minhas primeiras visitas à comunidade ouvi muitas vezes algo como: 'quem não se dá bem com a malária, não deve procurar Fátima'. Talvez por essa razão, coletar dados e informações sobre a malária naquela localidade não parecesse verdadeiramente um problema para muitos moradores, já que qualquer um ali poderia me ajudar. Assim, na pesquisa de campo, tanto os instrumentos de coleta de dados quanto os procedimentos de observação tiveram que ser problematizados seguidas vezes.

Quando busquei informações para a pesquisa de campo, em meados de fevereiro de 2007, além das primeiras observações, procurei obter de pessoas que já moravam algum tempo na comunidade algumas informações e também relatos sobre o problema da malária. A idéia era, nesse primeiro momento, além de falar um pouco sobre o propósito da pesquisa¹³, já traçar o plano da atividade de coleta de dados e detectar eventuais categorias de uso coletivo relativo a questão da malária.

Nas conversas informais com moradores, quando me referia aos objetivos da pesquisa, explicando que precisaria fazer algumas entrevistas e depois observar como os moradores agiam diante da doença, era comum ouvir comentários como: “o senhor vai estudar o problema da malária? Então veio pro lugar certo; aqui tem malária de tudo que é tipo”; “Aqui não tem como acabar malária, não. Acho que nem vacina ia dar jeito”; “Nossa mãe, durante esse tempo que tô aqui já tive é pra mais de cinquenta malária”; “Aqui a gente já tá acostumado com ela. Quando enche dá malária, quando seca dá malária também...assim vai o ano todo”. Preocupado em deixar claro que a pesquisa pretendia revelar aspectos relacionados com cuidados referente à infecção por malária, especialmente em crianças de zero a nove anos, procurei dar prioridade às conversas com mães; no entanto, como nem sempre isso era inteiramente possível, anotava também comentários que vinham de conversas paralelas que surgiam durante algumas visitas.

De acordo com informações obtidas sobre a ocorrência da doença na comunidade, desde a década de 1960, quando chegaram as primeiras famílias, a malária já possuía alta incidência sobre essa localidade. Relatos de alguns

¹³ Oficialmente a pesquisa foi apresentada à comunidade na reunião da assembléia mensal dos moradores, no dia 25 de março de 2007.

moradores indicam que muitas pessoas que vieram para comunidade no início da sua formação, não suportaram a forte presença da doença e abandonaram tudo para voltar ao lugar de origem. Outros afirmam que de tanto pegar malária o “casco endureceu; não sente mais nada”. Também ouvi de um informante que a malária “só dói até a primeira ou segunda vez, depois o organismo vai se acostumando, ele fica forte e a gente não sente mais nada”.

Ao se levar em conta o fato de que a saúde e a doença possuem, além de elementos de estabilidade, características particulares que fazem delas objetos privilegiados (Herzlich, 2005) na elaboração de discursos, poder-se-á abstrair desses depoimentos o significado das metáforas e das expressões que neles são arrolados para interpretar a problemática da malária. No caso, meus interlocutores pretendiam inferir que para muitos moradores que já estão lá há muito tempo, a tolerância à doença é tão expressiva que ela é percebida apenas como um “calafrio”. E nessa perspectiva, a não ser para as crianças e para ‘aqueles que não pegaram a doença mais de uma vez’, é que a malária pode se manifestar com toda sua intensidade.

O que esses depoimentos trazem em comum, além de explicitar percepções relativas à experiência individual com a doença, são os usos de metáforas para descrever e até acentuar determinada visão acerca da doença. Expressões como “casco” e “organismo que fica forte” remetem não somente à experiência com a doença, mas também referem-se a uma interpretação daquilo que é partilhado em termos de significado da doença. Ao se levar em conta o papel das metáforas no processo de construção de significados¹⁴ esses

¹⁴ Rabelo admite que as metáforas constituem elemento fundamental no processo de construção de significado. Porém, diferentemente das construções abstratas ou analíticas, que rompem com o domínio imediato da experiência vivida, estas permanecem fincadas na experiência e oferecem um panorama dessa experiência em sua imediatez (1999: 181).

enunciados metafóricos são também elementos constitutivos do significado atribuído à malária por determinados moradores.

Uma parte considerável dos moradores ouvidos na pesquisa reportaram-se invariavelmente a uma experiência de longa data com a malária. As informações obtidas também indicam que a única vez que a malária parece ter dado alguma trégua à comunidade foi no período de 1983 a 1984, quando nenhum caso foi registrado nesses dois anos. Ao que tudo indica isso somente foi possível devido a uma ação sistemática de controle da malária que foi levada à cabo pelo governo municipal. De acordo com as informações, nesse período a comunidade recebia semanalmente equipes da Secretaria Municipal de Saúde que executavam trabalhos de controle antivetorial, busca ativa e microscopia, além de palestras educativas.

“Desde quando chegamos pra cá sempre tivemos problema com malária. Na época a gente não chamava isso de malária, era paludismo e sezão. Quando a comunidade começou a crescer e chegaram novas famílias, era de três a quatro pessoas doentes ao mesmo tempo. Muitas famílias desistiam de ficar aqui” (RGF, 49 anos).

No início de 1985, no entanto, a malária ressurgiu violentamente surpreendendo aqueles moradores que achavam já estar livre da doença. Os depoimentos colhidos na pesquisa atestam que esse reaparecimento da malária se deu no período do carnaval quando um grande número de pessoas entre banhistas e visitantes procuraram a comunidade nesse mesmo ano. Um outro fator também é mencionado pelos moradores para explicar o ressurgimento da doença. Foi apontado que o relaxamento das atividades de combate à malária

na comunidade, depois do primeiro ano sem a presença da doença, fez com que os moradores também se descuidasse.

Nos anos em que Nossa Senhora de Fátima não registra casos de malária corresponde a uma parte do período conhecido como silêncio epidemiológico que a cidade de Manaus apresentou na década de 1980, como já foi visto na primeira parte deste trabalho. A observação feita pelos moradores é também coerente em relação ao relaxamento nas ações de controle da malária, pois é justamente nesse período que o vetor é considerado erradicado na área urbana de Manaus, o que levou à interrupção, já em 1981, da borrifação intradomiciliar no perímetro urbano e, em 1983, esta medida foi também estendida para a área rural (Albuquerque & Mutis, 1999).

Durante toda a década de 1990 a comunidade foi sacudida com um crescimento frenético da incidência da malária como jamais seus moradores tinham presenciado antes. Nesse período a área onde se localiza Nossa Senhora de Fátima passou a ser considerado como um dos principais focos de transmissão da doença, o que levou as autoridades sanitárias a classificarem a comunidade como área endêmica. Em 1999 foi o ano em que Nossa Senhora de Fátima registrou o maior número de casos de malária desde que chegaram seus primeiros fundadores. A grande incidência de malária continua preocupando os moradores mesmo após alguns esforços localizados das autoridades sanitárias para controlá-la. Exceto apenas por uma ligeira queda registrada nos de 2000 e 2001 (Funasa-Divep/Am, 2004), a malária prossegue como espécie de pano de fundo de um cenário integrado tanto no cotidiano como na própria vida dos que habitam a comunidade.

Por outro lado, a história da malária na comunidade também pode ser apreendida sob diferentes pontos de vista, o que contribui para desvelar as visões de mundo e as distintas interpretações que são conferidas ao problema pelos atores envolvidos no campo da interlocução. O resumo epidemiológico (SIVEP-MALÁRIA) mostrado abaixo pelo *quadro 1*, por exemplo, há dados sobre aspectos como: local provável de infecção, período, população, total de casos positivos, índice parasitário anual-*ipa*, entre outros, que conferem a duas das comunidades localizadas na bacia do Tarumã-Mirim - Nossa Senhora de Fátima e Nossa Senhora do Livramento – uma situação epidemiológica bastante significativa em relação à incidência da malária.

Ministério da Saúde											
SVS Secretaria de Vigilância em Saúde											
DATASUS											
SIVEP-MALÁRIA Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Notificação de Casos											
Resumo Epidemiológico											
Malária											
Origem dos dados:		Local Provável de Infecção		22/8/2006	15:12						
UF:		AM MANAUS		Período: 01/01/2006 a 30/06/2006							
N LOC	Localidades	Pop.	Total Positivo	IPA	IFA	F	Y	F.Y	M	O	
151	COM. NSA. SRA. DE FATIMA (FLUV. TARUMA R-11) - POVO	713	439	615,7	23,7	99	335	5	0	0	
375	COM. NSA. SRA. DO LIVRAMENTO (FLUV. TARUMA R-11) - POVO	39	245	6.282,10	24,5	58	185	2	0	0	

Quadro 1: Boletim epidemiológico de registro da malária em N.S. Fátima
 FONTE: SVS/Amazonas, 2006.

Contudo, é importante fazermos aqui algumas observações, todas interligadas, na perspectiva de relativizar as possíveis informações que podem ser geradas a partir desses dados. Em primeiro lugar, quanto ao local de infecção informa-se que 439 pessoas foram infectadas com malária em Nossa Senhora de Fátima entre 01/01/2006 e 30/06/2006. Mas, ao tomar a população indicada nesse boletim (713 indivíduos) e comparar com os dados obtidos a partir do levantamento sociodemográfico (em torno de 500), observar-se-á uma acentuada superestimação da densidade populacional feita pela SVS, o que

ajuda a diluir o real impacto da incidência da malária na comunidade, uma vez que empurra para baixo um dos seus principais indicadores, o IPA, no caso, estipulado em 615,7, quando poderia estar em torno de 878. Em segundo, ao indicar uma população de 713 habitantes em Nossa Senhora de Fátima, quando a estimativa para o mesmo período é de apenas 500, incorre não somente em mensurações questionáveis como gera informações dissidentes sobre a real situação epidemiológica da área. Uma outra variante, nesse caso, seria considerar que o local de infecção é também rotineiramente submetido à presença de uma população definida como flutuante devido ao seu caráter efetivo de mobilidade espacial.

Por último, uma das principais características de Nossa Senhora de Fátima nos últimos vinte anos tem sido, como já foi indicado na primeira parte deste trabalho, um movimento migratório relativamente consistente. Daí a importância na ênfase de se considerar, para efeito de análise, a relação da incidência da malária com as características da dinâmica populacional que são observadas na comunidade. Para uma grande parte das análises sobre a situação da malária na área do Tarumã-Mirim, esse movimento migratório associado à característica flutuante da população são os principais fatores a colaborar com o quadro de endemidade daquela área.

Do ponto de vista dos moradores, a convicção coletiva de que a comunidade está situada numa região endêmica, possibilita não apenas a elaboração de discursos para explicar essa situação, mas também produzem uma reflexão que remete ao contexto sócio-histórico do grupo e da própria experiência individual com a doença. O presidente da Associação de Moradores de Nossa Senhora de Fátima, por exemplo, destaca o fato de que ao longo da sua história a comunidade sempre apresentou índices de malária preocupantes.

Não obstante, ele faz observações que evidenciam o acompanhamento do processo histórico da doença e da sua manifestação incidental na comunidade; ao mesmo tempo, ele articula e procura fincar as raízes do seu discurso numa configuração histórica e ideológica específica:

“Todos os anos, no período da seca, durante o meio do ano, os casos de malária diminuíam. Porém, de alguns anos pra cá, isso não acontece mais. É um fenômeno recente. Acreditamos que a ocorrência desse fenômeno tem a ver com o desmatamento e as grandes obras feitas em torno de Manaus. Acho que mexer muito com a natureza sempre provoca algum tipo de reação. Estamos provando o gosto amargo por cuidar mal da natureza.” (R.G.F, 50 anos)

É importante identificar nesse discurso não apenas a perspectiva histórica na qual ele se projeta para enredar o problema em torno do que é chamado “fenômeno recente”, mas a visão de mundo que orienta a percepção sobre fatores condicionantes da transmissão da malária na Amazônia. Considerando que na região fatores climatológicos (temperatura, umidade, chuvas) e ambientais favorecem a transmissão da malária durante praticamente todo o ano, a idéia de que uma intervenção intensa e desmedida por meio de desmatamentos e construção de grandes obras possa influenciar decisivamente na intensificação da transmissão da malária, como mostra o *quadro 2* da página seguinte explicitando claramente a atual situação da doença em Nossa Senhora de Fátima, é uma compreensão que se baseia tanto no contexto sociocultural do grupo como se apóia em pontos de vistas das teses epidemilógicas vistas na primeira parte deste trabalho.

De fato, as interpretações dos moradores de Nossa Senhora de Fátima em torno da malária são bem variadas e complexas. Algumas delas podem vir acompanhadas de preocupações específicas manifestadas por ocasião de determinadas circunstâncias (impedimentos em relação ao trabalho, aos afazeres domésticos, ao estudo, etc.). Enquanto problema efetivo de saúde que representa, a malária foi bastante problematizada principalmente quando meus interlocutores desempenhavam atividades relacionadas com determinados serviços públicos prestados na comunidade:

“Uma outra coisa também em relação à malária, nas nossas reuniões temos sentido que afeta muito o comprimido em si, o medicamento... é que apesar de tomar o medicamento, aqueles sintomas da malária já começam a desaparecer, em compensação vem o fastio a criança não quer se alimentar bem, e tudo isso vai enfraquecendo...vai abusando de determinados tipos de comida e, às vezes, é a comida que eles podem comer: que geralmente é salsicha, ovo, é coisinha assim desse tipo. Às vezes a criança não quer comer, não quer tomar um mingau, mesmo quando nós oferecemos aqui na escola; então isso tudo tem afetado e conseqüentemente isso vai afetando o aprendizado do aluno. “ (R, pedagogo da EMJSN)

No entanto, não deixei de observar também que para um significativo grupo de moradores a doença já foi incorporada ao cotidiano da vida naquela comunidade, de modo que sua ocorrência, independente da intensidade, parece já não ser percebida efetivamente como um problema de agravo à saúde. Por outro lado, também foram relatados a mim, no próprio posto de saúde da comunidade e também por algumas pessoas que o exame de lâmina revelou estarem infectadas por malária, que estas nada sentiam ou que sentiam apenas um leve calafrio passageiro.

Em casos como esses em que o indivíduo deixa de manifestar as reações sintomáticas comuns da doença, a pessoa passa a ser considerada pelo serviço de saúde como assintomática, ou seja, a presença da doença no organismo sem as manifestações típicas do problema que, entre outros, poderia levá-lo a considerar e tratar a doença. Na prática, essas pessoas se tornam hospedeiras potenciais do plasmódio e possibilitam constantemente que a transmissão da malária permaneça ativa na localidade onde moram. Em diversas vezes, nas conversas mantidas com moradores sobre suas experiências com a malária, pude divisar uma ênfase dada por eles ao fato de já não sentirem os seus sintomas, o que poderia levar a uma interpretação diferente da malária enquanto moléstia. Em ocasiões como essas, todavia, foi praticamente inevitável recordar minha própria experiência com a doença, já aos 36 anos de idade. Na época, tinha feito uma viagem de trabalho para o parque Nacional do Jaú, em Novo Airão, e lá fui infectado por malária (apenas meia cruz da espécie parasitária *vivax*), mas a sensação de mal-estar, indisposição, calafrios e de muita dor, sobretudo na cabeça, não permitem a mim, um principiante no estado da arte antropológica, uma maior relativização da sensação extremamente desconfortável provocada pela malária.

	Exame BP	Exame BA	Positivo BP	Positivo BA	Total Positivo	Autóctone	Importado outra Localidade do município	IPA	IFA	F	F+V	V	M	O
151 - COM. NSA. SRA. DE FATIMA (FLUV. TARUMA R-11) - POVO	2.361	2531	852	179	1031	666	365	1446,0	14,2	145	1	885	00	00

Quadro 2: Resumo epidemiológico da da malária na comunidade N.S. de Fátima em 2007
 FONTE: FVS, fevereiro/2008.

Outros fatores também são mencionados por alguns moradores de Nossa Senhora de Fátima quando requeridos a explicar a situação da malária. Fatores climáticos envolvendo as estações do ano (cheia e seca) e a própria localização geográfica da comunidade, também são referidos nos discursos sobre a problemática da malária. Ao expor sobre a forte incidência da doença na comunidade, muitos moradores costumam relacioná-la especialmente com a subida das águas, que provoca o enchimento dos rios e dos igarapés, além de trazer muita chuva. A época da cheia é assim, segundo esses moradores, o período que os casos de malária na comunidade passam facilmente de algumas dezenas para centenas. A geografia onde se localiza a comunidade é outro fator aludido na explicação da incidência da doença:

“Equipes da FVS costumam realizar periodicamente aqui atividades de controle da malária como a busca ativa e o borrifamento nas residências, mas a geografia não ajuda. Nossa Senhora de Fátima é uma comunidade rodeada de água. Tudo isso contribui para a proliferação do mosquito.” (M.A.S, 43 anos)

Em linhas gerais as interpretações e problematizações da situação da malária em Nossa Senhora de Fátima por seus moradores, tendem a inscrever-se em pelo menos dois níveis de explicação. No primeiro nível, coloca-se a natureza como causadora da doença em função dos ataques inconsequentes e do desrespeito que as pessoas apresentam em relação à floresta. Nessa visão estão interligados fatores condicionantes como ambiente, meio geográfico e também os fenômenos naturais que modificam o meio ecológico e proporcionam o aparecimento de doenças (enchentes, chuvas, grandes secas, etc.).

O segundo nível trata de relacionar a causa da doença com condições históricas e sócio-econômicas que marcam a vida das pessoas que se 'aventuram' ou são obrigadas a ir morar na comunidade. Nesse caso, o discurso geralmente é articulado a partir de questões como a migração, a história da comunidade, tipo de serviço de saúde prestado aos moradores, além de referências às condições materiais de existência como trabalho, renda, moradia, saneamento e relações sociais.

É importante salientar que embora esses níveis de explicação sejam apresentados por dimensões distintas, estas por sua vez tendem a aparecer nos discursos de forma articuladas denotando relações intercambiantes (Minayo, 1988). Em outras palavras, os dois níveis aqui referidos muitas vezes são unificados formando a visão da malária como ação ou reação patogênica a engendrar elementos de ruptura nas relações entre a natureza e os moradores da comunidade.

8. O CUIDADO MATERNO-INFANTIL: AS PRÁTICAS CULTURAIS DIANTE DA ENFERMIDADE.

8.1. Introdução

A população infantil em Nossa Senhora de Fátima corresponde aproximadamente a 20% do total de seus moradores. Dados do levantamento censitário realizado pelo Projeto Água e Cidadania, em 2005, indicavam que das 391 pessoas residentes na comunidade 21,3% tinham entre 0 e 9 anos de idade (Siqueira et al, 2007). Pelas características físico-orgânicas dessa população, ela constitui a parcela de indivíduos que mais sofre com as imposições nosológicas daquela área e as limitadas condições de atenção à saúde oferecidas na comunidade.

Na comunidade, são as crianças, seguramente, as vítimas mais fustigadas pela malária praticamente durante todo o ano. E a malária é de longe a doença que atinge com maior intensidade esse grupo da população em

qualquer situação. Além disso, a facilidade e frequência com que esse grupo encontra-se exposto aos principais fatores condicionantes da transmissão da doença, faz com que a maioria delas contraia a doença pelo menos duas vezes a cada ano. O depoimento transcrito abaixo indica a constância da infecção por malária nessa população e as consequências percebidas pelos moradores:

“Muitos meninos e meninas são infectados e ficam muito tempo longe da escola. Como eles costumam pegar malária mais de uma vez por ano, isso acaba sendo muito prejudicial ao rendimento escolar. Os índices de reprovação e evasão são muito altos na comunidade.” (R.G, 50 anos).

Embora a infecção infanto-juvenil por malária (figura 12) seja um problema reconhecidamente grave para boa parte dos moradores, pois acreditam que ela interfere bastante em aspectos que engloba desde o crescimento até o aprendizado da criança, a maneira como a doença é interpretada e as possibilidades de enfrentamento da enfermidade, parecem realmente ligados a um conjunto de relações que configuram as experiências da malária no contexto da comunidade. Nesse caso, no que diz respeito às relações entre a representação e práticas de enfrentamento da doença, observa-se um conjunto aberto e heterogêneo que como sugere Alves & Rabelo (1998:115) “comporta zonas de imprecisão e elementos contraditórios e que é continuamente refeito – ampliado, deslocado, problematizado – ao longo das práticas e relações dos indivíduos com o seu meio e entre si”



Figura 16: Realização de lâmina em paciente com suspeita de malária

FONTE: Arquivo João Siqueira - junho/2007

Num outro levantamento também realizado pelo Projeto Água e Cidadania (Siqueira et al, 2007) sobre as principais doenças que acometeram crianças entre 0 e 9 anos de idade de janeiro de 2004 a dezembro de 2005, indicam que a malária é a doença de maior incidência nessa população como mostra a seguir a figura 16.

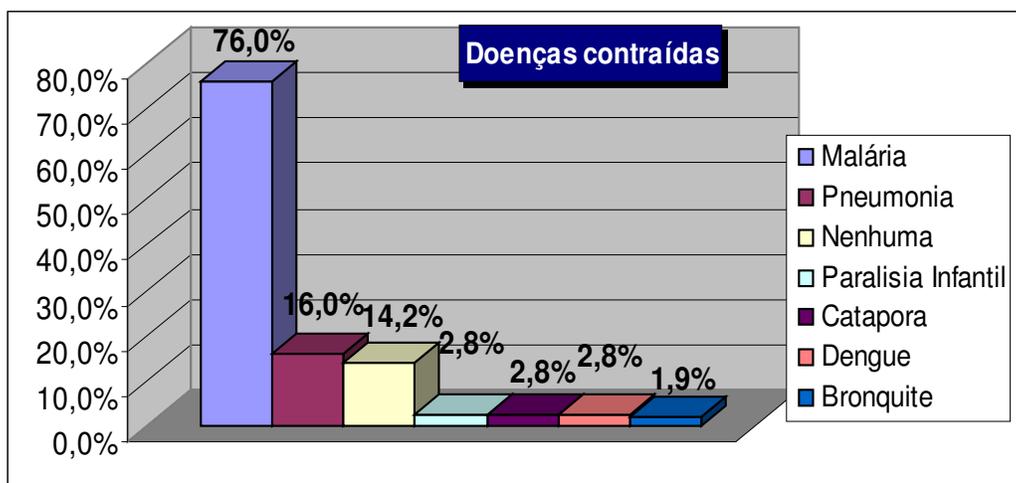


Figura 17 - Principais doenças referidas por moradores em 2005.

FONTE: Projeto Água e Cidadania, 2006.

No que diz respeito à estrutura e as condições de funcionamento dos serviços de atenção à saúde na comunidade, Nossa Senhora de Fátima possui um posto de Unidade Básica de Saúde Rural do SUS que realiza atendimento de enfermagem, pediatria, clínica geral e odontologia. No que diz respeito à malária, há no posto um setor de atendimento administrado pela Fundação de Vigilância em Saúde que realiza serviços de busca ativa, lâmina, microscopia e diagnóstico. Além disso, há também visitas periódicas da lancha da FVS que de acordo com as informações obtidas oferece suporte às atividades de controle da malária na área do Tarumã.

No posto de saúde da comunidade, a sala reservada para o atendimento de pacientes com suspeita de malária não possui mais do que 3 m². Esse espaço é rigorosamente ocupado por uma mesa da microscopista, dois armários usados para acondicionamento de medicamentos e acomodação de objetos e alguns equipamentos de trabalho, além de três ou quatro cadeiras. Há ainda um banco, à entrada da sala no pequeno corredor do posto, que funciona como sala de espera. Devido a localização e as características da construção do posto (figura 17), o banco fica disposto numa posição que recebe luz solar praticamente durante toda a parte da manhã. Nos meses em que a malária costuma grassar violentamente a comunidade e a procura por atendimento é grande, como julho/agosto e dezembro/janeiro, é muito comum ver pessoas tremendo de frio sob um sol abrasador.



Figura 18: Unidade de Saúde Básica de N.S. de Fátima

FONTE: Arquivo João Siqueira - dez/2007

8.2. Grupo estudado

Em relação às características do grupo abordado, foram relacionadas vinte mães com idade superior a dezoito anos e que vivem na comunidade há mais de dois. Após o sorteio e a desistência de duas pessoas, o grupo ficou composto por onze mães. Dessas, 91% são oriundas de outras localidades, sendo a maioria do interior do estado, e que vieram para a comunidade acompanhando cônjuge ou familiares. O movimento migratório em Nossa Senhora de Fátima, como já foi dito antes, é um dos principais fatores que influenciam na sua dinâmica sociocultural e, nesse caso, poderia ser acrescentado também em relação à incidência da malária. De um modo geral, o grupo investigado é composto de pessoas cuja origem advém das diversas meso-regiões do Amazonas.

No que concerne à ocupação, 100% das entrevistadas eram donas de casa, sendo que 20% delas afirmaram trabalhar também em roças que possuíam na comunidade. Em relação à escolaridade, 18% tinham concluído o ensino fundamental; 27% tinham feito apenas até a quinta série; 53% haviam frequentado alguma série entre a primeira e a quarta série, sendo que desse

total 18% afirmaram não saber ler nem escrever. Aproximadamente um terço delas afirmaram ter tentado várias vezes voltar a estudar, mas as obrigações domésticas e as dificuldades de encontrar alguém para tomar conta dos filhos, foram obstáculos determinantes para sua desistência. Duas disseram que tentariam voltar à escola no ano seguinte. Até 2006, a escola José Sobreira do Nascimento na comunidade oferecia apenas o ensino fundamental. A partir de junho de 2007 passou também a ser oferecido, no período noturno, por meio do sistema de tele-aulas, o ensino médio.

Quanto ao estado civil, 82% das entrevistadas afirmaram viver amigadas e 18% se definiram como casadas em relação aos seus conjugues. Em relação ao número de filhos, 64% delas tinham de 4 a 8 e 36% de 2 a 3 filhos. Quanto aos cultos religiosos praticados, 45% se definiram como católicas; 36% afirmaram pertencer à Assembléia de Deus; e 9% pertenciam à igreja Batista. A média mensal da renda familiar do grupo abordado gravita em torno de R\$ 368,18 que advém basicamente de remuneração por atividades exercidas na comunidade principalmente pelo cônjuge ou um familiar. No caso do grupo de mães objeto deste estudo, apenas duas afirmaram ser provedoras juntamente com o cônjuge da renda familiar; as demais disseram não realizar trabalho que pudesse gerar renda.

Entre as poucas atividades sociais mencionadas pela maioria das entrevistadas enfatiza-se as promovidas pelas igrejas existente na comunidade (novena, missa, casamento, batizado, etc). Eventualmente a associação de moradores em parceria com entidades ou instituições promovem eventos e/ou cursos de capacitação que apenas 18% das entrevistadas disseram participar. A respeito do problema da malária, nenhuma das entrevistadas disse já ter participado de qualquer evento que orientasse especificamente sobre cuidados

com a doença. As informações que 36% do grupo disse ter sobre a doença foram obtidas por meio de conversa com conhecidos ou obtidas no próprio posto de saúde durante as sucessivas lâminas.

Quanto às redes de relações demonstrada pela maioria do grupo pesquisado, estas consistem basicamente nas relações tradicionais como de parentesco e nas que podemos caracterizar aqui como de vizinhança ou conhecido. As relações de parentesco, contudo, foram as mais reportadas pela maioria das entrevistadas; é possível atribuir a recorrência no acionamento dessa rede de relação à própria consistência e amplitude que elas geralmente apresentam; no caso do grupo, observou-se que na maioria dos casos elas se estendem para fora da comunidade e são acionadas quando há necessidade de se obter suportes de ordem material ou financeira. Já por meio das relações definidas como de vizinhança e de conhecido, algumas mães afirmaram trocar informações consideradas essenciais no cuidado com a saúde do filho, além de obterem 'aconselhamentos' e ensinamentos sobre determinados problemas de agravo à saúde.

Em relação à realização das principais atividades domésticas como lavar roupa (figura 13), lavar louça e tomar banho, 91% das entrevistadas responderam que essas são feitas geralmente às margens dos igarapés que circundam a comunidade. Quanto à água utilizada para beber e cozinhar todas as entrevistadas afirmaram que esta vinha ou do poço comunitário ou do poço que tinham no quintal de casa (apenas 27% disseram ter um poço próprio).



Figura 19: Mães em atividade doméstica em N.S. de Fátima

FONTE: Arquivo João Siqueira – dez./2007

Durante a pesquisa de campo quase não observei situações que pudessem caracterizar-se como dramáticas ou que realmente levasse qualquer mãe a um estado de aflição notável por ter o filho contraído malária. Embora todas as famílias que visitei na comunidade tivessem uma ou mais crianças acometidas da doença, algumas inclusive diagnosticadas com a espécie parasitária mais grave observadas na área, como é o caso do *P. falciparum*, as mães se comportavam relativamente tranquilas diante da doença.

Preocupação maior mesmo só observei quando o caso envolveu crianças que ainda estavam ‘no colo da mãe’ e em situação de gravidez confirmada ou em suspeita por membros da família. Para ser mais exato, em apenas duas ocasiões pude perceber algum tipo de preocupação mais séria envolvendo o fato de se estar com malária nessas situações. No primeiro caso, a criança tinha somente oito meses de idade e a mãe, ainda muito jovem, me

pareceu bastante nervosa com a situação do filho. No segundo, uma senhora de 40 anos, de aparência muito debilitada e com suspeita de ter contraído malária no segundo mês de gravidez, tinha um semblante marcado não somente pela dor, mas também por uma profunda melancolia e desespero que pareciam lhe atormentar¹⁵.

Nas demais entrevistas que realizei as mães, em sua maioria, não demonstravam abalo com o fato de suas crianças terem contraído a doença. A respeito disso, na maior parte das vezes notei que quanto mais idade tinha a criança menor parecia ser o grau de preocupação da mãe quando se tratava de malária. A não ser por um único caso observado essa, esta situação de relativa tranquilidade diante da doença não se confirmou inteiramente. A criança tinha pouco mais de três anos e segundo a mãe há dias vinha tendo febre e dores de cabeça que não cessavam. O depoimento abaixo, por exemplo, revela a preocupação e os caminhos tomados pela mãe na tentativa de solucionar o problema:

“Ela dizia que doía a cabecinha dela. Ela dizia mamãe dói aqui...E a menina disse ‘D. leva ela pra fazer exame que deve ser malária’. Aí no outro dia de manhã eu levei ela e deu uma cruz e meia. O problema mais sério foi com a Bianca ... eu tive que levar correndo pro pronto socorro. Ela tava passando mal aqui. E a vizinha disse D corre com tua menina que pode dar outro tipo de problema...e eu corri. Foi final do mês de abril que fui ao pronto socorro. Ela tava bem mal. Eu tava dando um tipo de remédio e não tava servindo porque a doutora disse que ela tava com dois tipos de problema; tava com malária e virose ao mesmo tempo. Eu não podia saber, como eu ia saber? (D.L.A.R, 37).

Quando procurei estabelecer relações entre história de vida e referências à certas doenças com objetivo de desvelar alguma experiência

¹⁵ Um mês e sete dias após esta entrevista, dona M.G.X foi à óbito por complicações decorrentes da malária e da hepatite que havia contraído. Também foi atestado que ela estava grávida há mais de doze semanas.

individual com a malária, constatei que todas elas já haviam contraído pelo menos duas vezes a doença. E 55% do grupo havia tido contato com a malária antes de ir morar em N.S. de Fátima, sendo que 27% delas tiveram a doença ainda no seu local de nascimento e as demais contraíram malária em outras localidades por onde haviam morado antes dali. As mães que contraíram a doença na comunidade correspondiam, portanto, a 45% do grupo.

Os relatos sobre essa convivência com a doença também revelou que apenas 27% delas haviam recebido de especialistas da área de saúde algum tipo de orientação sobre a doença e suas formas de prevenção. Sobre as circunstâncias e o teor dessas orientações, algumas dessas mães criticaram a maneira “não educada” como foram tratadas por tais profissionais, evidenciando aí algumas tensões e implicações que resultam invariavelmente não apenas do encontro de visões de mundo distintas, mas também de exercícios de micropoderes conforme acentuam Garnelo & Langdon (2005). Chama-se atenção nesse caso para a configuração de assimetrias e polifonias que emergem - no âmbito das práticas sanitárias em contextos de desigualdades sociais - da relação entre profissionais de saúde e clientela.

9. REPRESENTAÇÃO SOCIAL E PRÁTICAS REFERENTES À EXPERIÊNCIA COM A MALÁRIA.

9.1. Introdução

Neste capítulo pretendemos analisar aspectos relativos à representação social da malária, bem como identificar práticas de ordem cultural relacionadas com o processo de construção das representações e das funções que lhe são atribuídas. Para a contextualização do estudo das representações sobre a malária, levantamos alguns dados referentes às condições sócio-econômicas e foi realizado um inquérito de averiguação das referências da malária.

Este instrumento foi composto de questões abertas e semi-direcionadas que permitiam ao interlocutor intervir espontaneamente o pesquisador, invertendo a condição de interlocução. O objetivo da realização desse inquérito foi coletar dados e informações que pudessem expressar noções e significados espontâneos referentes à malária sem qualquer alusão, por parte do pesquisador, ao interesse específico que se pretendia com o levantamento.

Para a análise da representação social da malária, onde a profundidade e a literalidade dos depoimentos dos sujeitos são considerados elementos indispensáveis (Rozemberg, 1994), foram privilegiados tanto os discursos quanto as expressões particulares do grupo de estudo já referido anteriormente. Ademais, no processo da pesquisa procuramos confrontar com as observações *in loco* não apenas o teor ideológico desses discursos, mas também as ações a que eles remetiam.

Além desse instrumento, também foi utilizado posteriormente um roteiro semi-estruturado contemplando o problema da malária por meio de temas como:

sintomas e representação de fatos somáticos, diagnóstico e tratamento, etiologia, transmissão e prevenção. Durante o trabalho de campo, na fase dos testes, esse roteiro passou por um processo de aprimoramento que lhe valeu a forma aqui apresentada no quadro abaixo.

1. SINTOMAS E REPRESENTAÇÃO DE FATOS SOMÁTICOS

- 1.1. Como a criança se comporta quando está com a malária?
- 1.2. O que ela sente quando tem a doença?

2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

- 2.1. Como descobriu que seu filho(a) estava com malária?
- 2.2. Como você conseguiu tratar a malária dele(a)?

3. ETIOLOGIA

- 3.1. Quem é o causador da malária?
- 3.2. O que é a malária? O que você acredita que é essa doença ?

4. TRANSMISSÃO

- 4.1. Onde o transmissor da malária se cria ou costuma ficar?
- 4.2. E como se pega essa doença?

5. PREVENÇÃO

- 5.1. Como se diminui o risco de pegar a malária?

5.2. O que você faz para evitar que seu filho(a) tenha malária?

Quadro3: Roteiro semi-estruturado de análise da representação da malária.

As entrevistas obtidas por meio da aplicação dos dois instrumentos foram todas gravadas em sistema digital e posteriormente transcritas para organização e análise de dados. Por fim, salientamos que nessa parte do trabalho os temas abordados no roteiro constituem os principais eixos de discussão e análise do estudo envolvendo as representações sociais da malária.

9.2. Sintomas e representação de fatos somáticos ligados à malária

Dentre as principais reações atribuídas à malária nas crianças do grupo de mães que foram abordadas, o levantamento indica que alterações no baço, como inchaço e dores na região desse órgão, aparecem como o quinto problema mais aludido pelas mães. Expressões como “o baço doía” e o “baço tufou” figuram entre as principais observações feitas pelas mães em relação aos sintomas da malária nessa região do corpo.

Em quarto, aparecem as referências aos problemas com a falta de apetite e dores no fígado. A respeito da falta de apetite, 50% das mães relataram que ao pegar a malária seus filhos ficam sem vontade de comer, e quando conseguem ingerir alguma coisa, vomitam logo em seguida. No entendimento de algumas mães, isso resultaria em “tremedeira”, tonteira e perda de peso das crianças:

“Ih, é muito ruim...Dá dor de cabeça, dor no corpo, muito frio e tremedeira. O R. você vê, é gordinho, mas quando pega a malária chega parecer as costelas. A R. também é gordinha, mas quando ela pega malária fica sequinha, sequinha. É porque não dá fome neles, eles tomam caldinho mas é pouquinho. Eles também vomitam, tudo que eles comem eles vomitam; eles só se recuperam depois que acaba a malária.” (R.M.N., 28 anos).

Além do baço e do fígado, outro órgão que é bastante aludido como um dos que também sofre com a doença é o estômago. Nos relatos e observações das mães, o estômago, juntamente com as dores no corpo e moleza, aparece como o terceiro órgão que mais padece quando a criança está com a malária. Contudo, a maioria das observações feitas pelas mães não atribuem diretamente à malária os problemas que o estômago apresenta, mas sim à forte medicação que a criança tem que tomar.

“Ele dizia que doía o estômago dele, o baço dele doía. O fígado tufou, né? Ele dizia que doía a barriga dele. A malária ataca bastante o fígado e com a pílula ataca mais ainda...aquela pílula é ruim.” (M.A.C, 40 anos)

Em segundo lugar, são referidos os sintomas descritos como febre e frio, apontados por 91% do grupo de mães abordadas. De acordo com as informações obtidas, é geralmente por meio desses sintomas que as mães ficam interadas da situação que acomete o filho. Esses sintomas indicam que algo não vai bem com a criança e que por isso elas devem procurar o posto de saúde. Ao que tudo indica, a experiência individual e a relação da doença com a comunidade parece não permitir qualquer vacilo quanto à identificação do problema.

“Eu descobro por causa da febre, geralmente ela fica quieta assim, os olhos começam a ficar vermelhos, coloco a mão na cabeça dela e sinto a febre. Aí já levo ela no posto pra fazer lâmina.” (M.L.F, 23 anos)

A dor de cabeça, por sua vez, é o sintoma mais aludido como relacionado à malária. Todas as mães entrevistadas disseram que suas crianças sofrem com dor de cabeça. De acordo com os depoimentos, a cabeça é definitivamente a parte do corpo da criança onde a malária se manifesta de forma mais perceptível:

“As meninas, a primeira coisa que elas sentiram foi dor de cabeça e vômito...aí dá o frio, né? A febre. Muito vômito, quando ela come assim tem vômito. Ela não se alimenta, só mesmo leite que eu faço e dou pra ela. Eu dou o remédio depois da refeição.” (I.P.S, 28 anos)

“Acho que é a cabeça; ele sente muita dor de cabeça. Só dor de cabeça mesmo porque ele chora com dor de cabeça. Ele diz que a cabeça dele dói, dói. Ele chora e diz que a cabeça dele tá doendo muito . Tem febre. Ele se alimenta, ele até que se alimenta. Tem criança que não come, mas ele, graças à Deus, tudo que der pra ele, com febre ou malária, ele come.” (M.G.X, 40 anos)

Ainda a respeito da dor de cabeça e da febre, esses parecem ser os sintomas que mais preocupam as mães quando a doença se manifesta nas crianças. Os depoimentos tomados e as observações feitas na comunidade indicam um cuidado particular quando esses sintomas se apresentam de forma intensa na criança. Algumas medidas costumam ser tomadas durante a ocorrência desses sintomas no sentido de minimizar sua intensidade, o que

pode indicar um grau maior de preocupação com eles sobretudo na tentativa de buscar alívio para o sofrimento.

Algumas entrevistadas afirmaram, por exemplo, ter dado banho de água fria na criança para que a febre pudesse baixar; o medo de uma eventual convulsão seria a principal razão dessa prática que uma delas se referiu como “meio absurdo mas que funciona”. Quando indagadas sobre onde elas tinham obtido tal informação, a primeira disse ter ouvido do pediatra e a segunda com o médico que atendeu seu filho.

“Dor de cabeça, tontura, febre. Tem vez que dá com vômito. Quando dá febre alta eu dou banho, deixo passar dez minutos no banho e aí depois disso eu dou remédio pra febre. O remédio? Pra essa daqui eu só dou paracetamol; pro outro eu dou dipirona. Quem me disse isso foi o médico lá da Ponta Negra. Eu levo pra lá (P. Negra) desde a primeira vez que ela pegou malária; eu não sabia o que fazer, eu pensei que ela tivesse morrendo, porque dava convulsão nela; aí ele disse que quando ela começasse a esquentar era pra dar um banho nela pra baixar a febre.” (M.L.F., 23 anos)

Assim, há no aspecto relativo aos sintomas, uma preocupação constante com as dores que decorrem da malária; nesse caso, elas funcionam como uma espécie de indicador que orienta a mãe não apenas a agir e tomar determinadas decisões, mas geralmente também são parâmetros usados na compreensão da intensidade das manifestações clínicas da doença. Nesses termos, o uso de determinados medicamentos e de procedimentos para amenizar o problema se baseia mais na conduta referente experiência própria com a doença do que nas orientações dos profissionais da saúde.

Por fim, caberia aqui, ainda que de forma breve, uma referência ao conceito de experiência da enfermidade que é proposto para os estudos sócio-antropológicos. Para Alves & Rabelo, por exemplo, o conceito se refere basicamente à forma pela qual os indivíduos situam-se perante a doença ou assumem esta situação, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação (1999: 171). No caso analisado, observamos que a situação da doença é, na maioria das vezes, assumida não somente a partir da manifestação da dor em determinadas regiões do corpo, que poderiam imediatamente indicar a presença da doença, mas sim quando os sintomas que caracterizam o perfil patológico podem ser articulados com uma experiência individual ou, então, reconhecidos por algumas pessoas como mal-estar típico da malária.

9.3. Diagnóstico e tratamento

As respostas obtidas tanto sobre o diagnóstico quanto ao tratamento da malária foram distintas, porém não tão variadas. No que diz respeito ao diagnóstico, foram apontados basicamente três maneiras relacionadas com o reconhecimento da doença, muito embora todas as mães tenham afirmado ter feito a lâmina para confirmação e tratamento. Nesse caso, 27,3% das mães disseram ter feito unicamente o exame da lâmina para constatar a presença da doença; 27,3% afirmaram ter se orientado pelos sintomas comuns à doença para em seguida fazer a lâmina; e 45,4% das entrevistadas afirmaram já saber da presença da doença só pelos sintomas apresentados. Os depoimentos abaixo expressam mais enfaticamente as formas usuais de identificação da doença:

“É fazendo a lâmina, né? Fazendo a lâmina...fui lá no posto com ele. Porque quando a gente tá com ela já sabe...Sinto logo vontade de beber água, água, água e aquele frio. Aí já sei que é ela. Eu passo lá [posto] só pra ter certeza e pegar as pilulas. Aquelas [pílulas] que me mata... Aí quando eles deitam já viu, menino quando pára é porque tem alguma coisa.” (M.B.S, 27 anos).

“Porque dá frio, né? A malária dá frio e a gente conhece logo. E a febre não passa logo, né? É diferente da gripe a malária.” (M.A.C, 40 anos).

“Pelas dores de cabeça, de estômago e frio; aí já sei que é a malária e já levo lá no posto.” (E.R.P, 27 anos)

“Foi assim...eles terminam de almoçar eu ponho pra dormir, porque não tem aula pra elas de tarde. E tava um sol forte e muito calor, muito quente mesmo. Aí eu fui telefonar e quando eu voltei encontrei todas as duas embrulhadas com lençol, aí eu peguei nelas e elas já tavam com febre. Aí começou com febre, peguei no pé tava gelado, né? Aí eu disse pro pai delas tá com malária. Aqui não tenho mais nem a conta de quanta malária eu mesma já peguei.” (I.P.S, 28 anos).

Em relação ao tratamento, 54% das entrevistadas afirmaram usar apenas o medicamento convencional e o esquema terapêutico indicado no posto de saúde para o tratamento da malária. O uso das pílulas (basicamente a cloroquina e a primaquina) associado à ingestão de infusões medicamentosas para “desinflamar o fígado” ou “limpar o sangue” como os chás (de cipó tuíra, de saracura mirá, folha de abacate e outros), assim como dos medicamentos reportados como remédios que ajudam na “limpeza” principalmente do estômago (hidróxido de alumínio, lactupurga e outros purgativos) foram referidos por 37% das entrevistadas. Para 9% das entrevistadas o tratamento da malária

no posto da comunidade não resolve e são acionados outros postos de saúde em Manaus, especialmente o Instituto de Medicina Tropical e o posto da Ponta Negra. Os depoimentos abaixo revelam peculiaridades referentes ao tratamento da malária dentro do grupo analisado.

“Eu dou as pilulas, né? Eu fui lá no posto e peguei o remédio, dei primeiro a comida pra ele, aí depois um copo de leite e dou com as pilulas pra ele... as primeiras doses, né?. É bom por que ele toma tudinho, ele não provoca. Essa última foi... acho que meia cruz da vivax. O tratamento acho que resolve sim, porque eles ficam bom, né. Olha, acho que outro tratamento só o chazinho. Mas pra mim acho que eles dão muita pilula aí...que no Tropical eles só dão uma. Já tive lá com minha outra filha quando ela pegou malária, lá dão pouca pílula. Mas aqui acho que eles dão demais pilula.. Eu pelo menos joga a metade que dão aqui. Essa última malária que me deu me atacou meu estômago que eu sentia aquela coisa ruim quando eu tomava. E eu comia antes, mas passava mal, me sentia muito ruim. Aí joguei a metade. Olha, essas pilulas matam a gente. O Fernando tomou todinha as dele. Pro Fernando foi 3 dessas... cloroquinas, né? E duas daquelas pequenas amarelinhas. Com ele não tenho dificuldade de dar esse remédio... só pros mais menores, como minha filha, a de 2 anos. Ela é ruim de tomar . Ela pegou uma vez malária. O tratamento das crianças é só com pilula. Chá de remédio caseiro eu não sei fazer. Tem gente que toma remédio caseiro. Chá de pau do mato, essas coisas...mas eu não, só trato com pílula.” (M.B.S, 27 anos)

Observa-se a partir daí que o tratamento da malária no grupo pesquisado é operado ao menos por meio de três formas diferenciadas; entretanto, uma conduta não exclui automaticamente a outra e pode até lhe ser complementar. Na situação em que o tratamento fora da comunidade é apontado como única saída, as mediações com os agentes de saúde na

comunidade e o uso de remédios caseiros que possam ‘limpar’ o sangue ou ‘desinflamar’ os órgãos mais atingidos pela doença são reafirmados como hábito que é comum ao contexto sociocultural do grupo. Mesmo no caso em que o tratamento da malária segue o esquema da quimioterapia específica não se deixa de reconhecer a importância do tratamento por meio dos remédios caseiros. A *figura 19*, por exemplo, ilustra o momento em que uma criança é submetida ao tratamento específico da malária à base de cloroquina, em seguida, também lhe foi administrado uma dose de chá caseiro que segundo a mãe ajudaria na desinflamação do fígado.

Por outro lado, embora a maioria das entrevistadas tenha afirmado aderir unicamente ao esquema de tratamento quimioterápico, a pesquisa revelou que essa adesão não se dá de forma total, ou seja, as orientações prescritas por médicos e agentes de saúde não são praticadas à risca pelas mães. Nesse caso, a comparação entre diferentes formas de atendimento e da conduta do profissional de saúde que determina o tratamento é inevitável e o resultado disso parece se configurar num interstício por onde gravitam a problematização e a interpretação subjetivada da questão da malária.

Ao nosso ver, essa constatação remete à observação introduzida por Alves & Rabelo quando sugerem que “toda enfermidade envolve interpretação ou julgamento e, enquanto tal, um processo de construção de significados” (1998: 174). Assim, a malária tende a figurar aí não apenas como uma enfermidade recorrente, mas também como um campo de significados¹⁶ que pode ser recorrido a qualquer momento para objetivar ou interpretar a realidade vivida.

¹⁶ Para Alves & Rabelo, do ponto de vista antropológico, a enfermidade dota-se subjetivamente de sentido à proporção que se afirma como real para os membros da sociedade, que por sua vez a aceitam como real. Desse modo, a enfermidade é também construção intersubjetiva, isto é, formada a partir de processos comunicativos de definição e de interpretação.



Figura 20: Ingestão da cloroquina por criança acometida de malária

FONTE : Arquivo João Siqueira - abril/2007

Além disso, a preocupação demonstrada pela mãe, na situação da malária, indica um relacionamento de maior escala com uma experiência acumulada do que com as explicações de ordem ou circunscritas no campo do saber bio-médico. Observou-se daí que seja por meio da história do contato com a doença na comunidade, ou seja refazendo trajetórias da própria biografia, as pessoas entrevistadas revelaram possuir um estoque de conhecimento que é plural e amplamente utilizado na identificação e tratamento da malária.

9.4. Etiologia

Em relação às questões levantadas sobre “quem é o causador da malária” e “o que você acredita que é a malária”, 19% das entrevistadas admitiram não saber informar e não ter idéia do que seja a doença. Esse grupo também revelou ter dúvidas em relação à doença, principalmente sobre o vetor da malária; nesse caso, foram feitas referências a determinadas situações e

fatos envolvendo a malária que criam um obstáculo para a compreensão da mesma:

“Eu não tenho nem idéia do que possa ser...Eu acho que é só em alguns lugares que dá malária, em lugar que tem água preta como aqui, porque nessa região aqui em todo canto dá malária; lá onde eu morava, no interior a água era branca e não tinha malária. Por isso que eu acho que não é só do carapanã, não. Acho que tem a ver com a água da região.” (L.P.S, 25 anos)

“Olha isso é que as vezes eu fico pensando... Tem um senhor que vem de vez em quando aqui na comunidade; ele é um senhor muito bacana... Aí eu pergunto assim dele: o senhor acha que a malária vem da água ou do carapanã? Ele tenta me explicar dizendo que é o carapanã que pica e a gente fica doente. Mas eu não sei...porque eu não sei o que é a malária.”(I.P.S, 28 anos)

Para 27% das entrevistadas, a malária está diretamente ligada à água; na interpretação desse grupo é por meio da água que a infecção da doença ocorre. Nesse caso, foram identificados dois entendimentos mais ou menos similares, mas com especificidades em relação à água como principal causador da doença. O primeiro associa a causa da malária à existência da grande quantidade de água que tem em torno da comunidade; o mosquito, nesse caso, não é identificado como principal vetor ou responsável direto pela infecção; esta ocorreria em função do contato ou da ingestão da água já ‘infestada’ pelos mosquitos.

“Tem gente que diz que é o mosquito, né? Um tipo de carapanã. Mas acho que não, porque... na cidade não tem carapanã? Tem tanto quanto aqui e lá não tem malária...eu acho que vem da água, do rio,

do igarapé quando tá cheio...Vem da água, do rio...do mato quando tem muito. Meu marido acha que tem muito terreno aqui que tá no mato e nesse mato tem muito mosquito. E o carapanã vem daí, né? Eu acho que é a água que causa a malária” (D.R.F, 32 anos)

“Sabe que não sei nem explicar... eu acho que ela pode ser causada pelos carapanãs; mas muita vezes nem o carapanã picando a gente dá; muitas vezes é da água mesmo que a pessoa bebe; quando a pessoa toma banho...porque tem tempo que não tem carapanã mas quando o rio começa encher os meninos começam a pular nessa água aí e começa a dar malária; então eu acho que é dessa água, né? Os carapanã vão lá, desova e aí fica naquela água, as pessoas vão lá tomar banho e pegam a malária” (M.G.X, 40 anos)

No segundo entendimento, a questão da causa da malária está diretamente associada a uma tipologia popular da água que remete à definição de seus aspectos físico-químico. De acordo com essa compreensão, não são em todas as águas que a malária costuma proliferar, somente em alguns tipos de rios e igarapés é que ela se desenvolve. Rios e igarapés de água preta como os que existem ao redor de Nossa Senhora de Fátima seriam propícios à manifestação da doença, diferentemente das águas barrentas ou brancas da região onde quase não se ouvia falar de malária:

“Eu não tenho bem idéia do que possa ser...Mas eu acho que é só em alguns lugares que dá malária, em lugar que tem água preta como aqui; porque nessa região aqui em todo canto dá malária. Lá onde eu morava, no interior, a água era branca e não tinha malária. A gente nem quase ouvia falar de malária. Por isso que eu acho que não é só do carapanã, não.” (L.P.S, 25 anos)

“Acho que tem a ver com a água da região. Acho que não é só o carapanã não, porque se fosse do carapanã todo mundo vivia com malária, porque o que dá de carapanã... e todos ferram a gente. Acho que é a água também.” (L.P.S, 25 anos)

Nessa perspectiva, o mosquito, que naturalmente habita as matas, se aproxima da água para pôr seus ovos que seriam, ainda segundo os depoimentos colhidos, tão minúsculos que as pessoas não conseguem ver. Também foi relatado que em muitos dos casos, esses mosquitos põem seus ovos nos poços e em recipientes com água. Assim, as pessoas que, inadvertidamente, bebem água com os ovos do mosquito ou aquelas que se banham em água dos igarapés¹⁷ que sabem estar infestado por mosquitos se tornariam as principais vítimas da malária. Para esse grupo de mães, portanto, o fato da causa da malária se encontrar na água, é também a razão pela qual suas crianças sejam constantemente infectadas pela doença, pois, na maioria dos casos, não há como evitar que as crianças entrem ou deixem de beber a água dos igarapés. Nesse caso, as mães atribuíram fundamentalmente às precárias condições de infra-estrutura da comunidade, principalmente à ausência de saneamento e de água tratada, a incidência da doença.

Para 54% das entrevistadas, no entanto, a causa da malária tem a ver com o carapanã que costuma picar as pessoas em determinados horários. Em boa parte das respostas, essa interpretação de causalidade se mostrou mais ou menos coadunada com a explicação etiológica da malária oferecida por agentes de saúde, porém, não deixaram de apresentar elementos de descontinuidade que se apoiam ou reforçam experiências particulares:

¹⁷ Durante algumas entrevistas foram feitas referências a certos igarapés, cujas margens eram apontadas como potenciais fontes de infecção exatamente pelo fato de se ter observado nelas uma quantidade bem maior de carapanãs.

“Eu acho que é mesmo o carapanã...é uma passada fora de hora no igarapé. Acho que nem o mosquito dá jeito, porque a gente dorme com ele e pega também.” (M.B.S, 27 anos).

“É como o pessoal fala, né? Eu acho que é um mosquito que ferra a gente e noutro dia a gente tem o sintoma da malária, eu acho que é isso. Porque eu achava que não era do mosquito, mas já me falaram que é o mosquito...Quem me falou foi aquele rapaz que borrija, porque eu falei pra ele que eu tinha visto três mosquito dentro de casa, aí ele falou que era esse mosquito que ferrava a gente e que a gente só pega malária quando ele ferra. Pensei que a gente pegava de outra pessoa e ele me disse que não, que a gente só pega quando o mosquito ferra. Foi isso que ele falou pra mim. Ele até mostrou pra mim, um mosquito da perna fina e comprida; tinha três aqui em casa. Por isso que eu peço pra eles borriarem aqui dentro. Meu marido é que não gosta por causa do Railanderson que sofre de asma, mas eu falo pra ele que depois eu abro a casa pra fumaça sair. O importante é matar os mosquitos pra que a gente não fique doente.” (R.M.N, 28 anos)

“Eu acho que a malária é um mosquitinho que traz doença de longe... que vem picar certas crianças quando estão dormindo de noite. Ele pica adulto também, se não tiver cortinado.” (D.L.R, 37 anos)

Nesse caso, constatamos que as interpretações sobre a causalidade da malária invocam uma gama de elementos e de imagens alusivas à situações específicas, que por sua vez, expressa uma elaboração complexa e fragmentária desta doença. Assim, a noção da malária é constituída a partir de elementos que integram dimensões distintas da realidade sociocultural do grupo,

e se configuram numa espécie de mosaico que conjuga experiências individuais e coletivas. Observamos desse modo, que determinados termos e expressões usadas por agentes que realizam trabalho de controle da malária na comunidade são apropriados por meio de ajustes semânticos e integrados aos esquemas cognitivos das pessoas que foram abordadas na pesquisa.

9.5. Transmissão e prevenção

As respostas para as perguntas “onde o transmissor da malária se cria” e “como se pega a malária”, cujo objetivo era sondar com o quê as pessoas associavam ou relacionavam a transmissão da doença, revelou uma relativa coerência com a questão sobre a etiologia tanto em relação às interpretações referidas quanto às especificidades das respostas obtidas no grupo. Para 27% do grupo, por exemplo, a maneira como a transmissão da malária acontecia não estava claro, pois se desconhecia nessa parcela do grupo o que era a doença e o que exatamente era o seu causador:

“Não tenho idéia como pega...Os meninos dormem em cima da cama por debaixo do cortinado, então por que a malária pega eles?” (I.P.S, 28 anos)

“Eu acho que ele pegou foi por aqui...depois de quinze dias o homem lá do posto disse que ela aparece. Foi um senhor de cabelo branco lá do posto que me disse isso. Ele não trabalha no posto, mas vem de vez em quando. Ele só vem quando o pessoal de lá vem. É só ele que explica essas coisas, porque o pessoal do posto não sabe de nada não. Um dia desses levei meu irmão lá, ele estava tremendo de febre, e tinha uma lá no celular, o menino no sol tremendo, porque lá tem uma parte que dá sol, e ela ficou falando no celular. Me deu uma

raiva. Por que ela não mandou pelo menos o menino entrar, não é? Olha, eu não sei não como a malária pega na gente” (J.P.S, 24 anos)

Para o segundo grupo, também composta de 27% das entrevistadas, a transmissão ocorre quando a pessoa entra em contato ou bebe a água onde o carapanã fez sua desova. Nesse caso a transmissão se dá pela água, mas os relatos também evidenciam que o criadouro do mosquito pode ser tanto a água quanto a mata. Referências a determinados procedimentos de prevenção estão presentes nos vários discursos mesmo que sua eficácia possa ser negada logo em seguida.

“Não sei como ela pegou malária... Acho que tá na água, nessa água do igarapé e do rio. Porque a gente usa cortinado e cedo eu fecho a casa, mas as crianças continuam pegando malária.” (L.P.S, 25 anos)

“Todos eles gostam muito de tomar banho no rio, criança sabe como é. Se a gente não tirar da água eles não saem; o mais velho todos os dias me pergunta se eu não vou lavar roupa no igarapé. Nesse momento todos nós estamos com malária, então eu acho que pegamos lá pelo igarapé”. (D.R.F, 32 anos)

Um terceiro grupo constituído por 54% das entrevistadas entende que a transmissão se dá a partir da picada do carapanã e que o local de criação desses insetos pode ser variado. De acordo com os depoimentos desse grupo, os carapanãs têm seus criadouros na água dos igarapés, na mata, nos ramais e também no lixo que é jogado em torno da comunidade. Nessa visão da transmissão da doença, um conjunto de fatores são reportados como potenciais condicionantes da sua manifestação e propagação.

“Acho que o carapanã se cria no igarapé, no mato... por aí. Eu acho que meu menino pegou malária aí mesmo dentro de casa com a ferrada da carapanã. Ou então foi lá na beira do rio, ou andando por aí no meio do mato.” (M.B.S, 27 anos)

“Eu acho que é com a ferrada do carapanã...o horário acho que é das 6 horas; geralmente quando se está na beira do igarapé, quando se está pescando, tomando banho. Às vezes é dentro de casa, quando a gente não fecha bem a casa. Aqui seis horas eu fecho tudo. A carapanã se cria aí no rio que é mais próximo de casa e também no mato.” (D.L.R, 37 anos)

“Acho que os meninos pegaram malária aqui quando a carapanã ferrou eles de noite. Os carapanãs acho que vem de dentro dos matos, eu acho que é. Ah não, da água eu acho que não é não. Quando diminui a quantidade de carapanã custa dá a malária, mas quando aumenta os carapanãs aí dá logo. Por isso eu acho que não é da água, não. Não é da água do igarapé não, acho que vem do mato mesmo.” (E.R.P, 27 anos)

Em relação às perguntas que tinham como objetivo coletar informações sobre prevenção da malária, o levantamento revelou também três blocos de respostas com características distintas, porém não desvinculadas. O primeiro bloco representa 46% das entrevistadas e se caracteriza por fazer referências principalmente às medidas habituais de controle da malária indicados por órgãos de controle e vigilância da endemia. Contudo, é importante enfatizar que embora as respostas, nesse caso, se pautem na alusão a alguns métodos de controle atualmente existente, estes não são experimentados de forma exclusiva ou rigorosamente semelhante entre seus usuários:

“Pra evitar acho que só se dormir debaixo do mosquito; mas aí eles não gostam que é quente, né? Tem cortinado aí mas eles não gostam. Tem dois, mas eles não gostam que esquenta e aí em casa é quente e eles não vão. Aí quando é de noite nós folheia com veneno os carapanã...A gente joga detefon aí eles vão embora, depois a gente fecha as portas. Eu faço isso às seis horas...seis horas eu fecho a porta. Ninguém mais sai pra fora, fecha a porta e pronto.” (M.A.C, 40 anos)

“Eu uso cortinado, esses panos que estão aí são cortinados; ele estão aí porque precisam ser costurados. Eu uso cortinado e só... Engraçado que a gente usa cortinado e pega malária, meu cunhado que dorme na rede sem cortinado nunca pega. Meu marido também. Eu já vivo com ele 5 anos e ele nunca pegou malária. Já eu peguei malária quando tava com oito meses de grávida... aí desde lá de vez em quando eu tô pegando. (L.P.S, 25 anos)

No segundo grupo, que representa 27% das entrevistadas, as respostas obtidas indicaram a correlação já estabelecida entre a malária e a água. Nesse caso, as medidas preventivas reportadas pelas entrevistadas se referem basicamente a tomadas de determinadas decisões e de comportamentos em relação às crianças:

“Eu não faço nada porque eu não sei o que é bom. Já me ensinaram um chá de folhas aí que dizem que é bom pra não pegar malária. Mas eu nem faço porque eu não sei fazer; o que eu faço mesmo é não deixar eles irem pro igarapé naqueles horários. Eu não tenho assim nenhum método pra não pegar malária. No posto de saúde antes tinha um pessoal que ia nas casas, fazia lâmina e só. Mas agora deixaram de andar. Eles nem conversam com a gente quase. Só quando a gente pergunta eles respondem, mas não explicam

nada não. Eles não conversam com a gente a respeito de como prevenir, evitar a malária.” (R.M.N, 28 anos)

“Eu acho que se deixasse de ir pra lá [igarapé]. Eu passei nove meses sem pegar malária porque eu ia sempre nesse horário que dizem que não tem mosquito. E também era difícil eu ir porque era tempo de chuva e eu quase não ia pra lá; as crianças também.” (M.L.F, 23 anos)

O terceiro grupo, também com 27% das entrevistadas, se caracteriza basicamente por demonstrar desconhecimento ou ideia do que poderia ser feito para evitar ou reduzir os riscos de infecção por malária. Nesse grupo se verificou uma coerência entre as respostas dadas às questões sobre etiologia e transmissão que está relacionado com a dificuldade de caracterizar a doença ou identificar seu transmissor:

“Não sei...porque a gente dorme debaixo do mosquiteiro e pega do mesmo jeito. Dizem também que quando a gente tá com malária e o carapanã ferra a gente e depois outra pessoa, ela pega também, né?” (M.B.S, 27 anos)

“Não, não tenho. Uns dizem que é pra evitar as cinco e seis horas da tarde, outros dizem que não é pra ir pro igarapé, né? Mas só que minhas meninas aqui não vão. Elas tomam banho com a água do poço, tudo isso; não tem esse negócio de elas ir lá pro igarapé banhar, elas tomam banho aqui no poço. De manhã, antes da escola elas tomam banho aqui.” (I.P.S, 28 anos)

Além das especificidades demonstrada em cada discurso envolvendo a representação da malária, as observações de campo indicaram que existe

também para cada situação real, interpretações e ações capazes de deslocar ou refazer saberes e práticas culturais para integrá-las às realidades contingentes e particulares dos indivíduos. Por meio de observação participante e da análise desses discursos pôde-se verificar o caráter fragmentado e particularmente mutável que tanto as idéias quanto as práticas acerca da malária engendram na representação da doença.

Assim, mesmo quando algumas das nossas interlocutoras afirmam, por exemplo, que não têm conhecimento do que possa ser ou como se pega malária, algumas idéias e condutas habitualmente praticadas no contexto da comunidade são mencionadas e problematizadas diante da iminência da doença. Por outro lado, observou-se que na aplicação de práticas de tratamento e de medidas de controle de caráter exógeno, sejam estas de ordem técnica anti-vetorial e anti-malárica ou simplesmente envolvendo comportamento individual, há invariavelmente algum tipo de interferência ou reelaboração por parte de seus usuários.

Não se pode afirmar, contudo, que as idéias e, principalmente as práticas a respeito da malária em Nossa Senhora de Fátima, são constituídas ou definidas a partir das representações aqui referidas. Antes, é importante atentar para a observação feita por Alves & Rabelo na discussão sobre o tema ao afirmar que “enquanto referidas ao estoque de conhecimento as representações estão longe de ser um sistema fechado que determina as práticas” (1998:115). Nesses termos, é recomendado pensar as representações em saúde e doença como um conjunto aberto e heterogêneo capaz de comportar zonas de imprecisão e de elementos contraditórios, que pode ser continuamente refeito no decorrer das práticas e das relações dos indivíduos com o seu meio.

10. DISCUSSÃO

10.1. Considerações sobre endemicidade da malária no contexto sócio-histórico de Manaus

O estudo da malária levando em conta o contexto sócio-histórico de produção da sua endemicidade revelou uma dupla face que reveste a problemática da doença no âmbito do município de Manaus. Se de um lado a questão da malária pré-figura ações políticas e medidas interventivas que são operadas no campo da saúde pública, do outro, possibilita e até potencializa a problematização da ordem social vigente, já que saúde e doença tendem a legitimar o aparecimento no espaço público de um problema social (Herzlich,2005), o que o torna objeto de um debate coletivo. Nesse nível, a doença passa a ser interpretada do ponto de vista da sociedade e conseqüentemente se apresenta prenhe do imaginário coletivo.

Em primeiro caso, destacamos que a preocupação em torno do problema da malária no município de Manaus, do ponto de vista sanitário, começa a ser esboçado no início do século XX. No entanto, lacunas de referência em determinados períodos e a limitação na perspectiva de análise dos trabalhos consultados sobre o tema, restringiram o mergulho sobre a

dimensão da doença, especialmente na primeira metade do século XX. Os enfoques e as referências conceituais adotadas nas explicações sobre a situação da malária, com marco nas três primeiras décadas do século XX, são reveladoras de visões de mundo sobre a questão sanitária que se confrontavam à época no país.

Também em relação às ausências de debates e produção sobre a questão da malária em Manaus nas primeiras décadas do século XX, cabe relacioná-la, apenas para sinalizar o problema, às características e especificidades do movimento sanitarista na Primeira República (Hochman, 1998). As principais idéias que caracterizam o pensamento sanitarista no Brasil desse período podem ser histórica e ideologicamente demarcadas. Embora este aspecto não seja nosso enfoque central, cabe algumas considerações importantes sobre os debates em torno das idéias de doença e dos conceitos que marcaram o contexto sócio-histórico da época em que se iniciam as reformas sanitárias no Brasil.

Alguns autores afirmam que no século XIX, o processo de secularização do conceito de infecção, que teve seu início na Antiguidade clássica, foi finalmente consumado. Consideram que nesse século o conceito superou tanto as versões religiosas quanto a perspectiva que ajudou a construir as primeiras reformas da saúde-pública, ou seja, a de que epidemias resultavam de condições ambientais, tais como fatores atmosféricos e climáticos, circunstâncias locais, ausência de tratamento de esgoto e lixo, suprimento de água precário, habitações sem ventilação e superlotadas. De acordo com a *teoria miasmática*, as doenças seriam transmissíveis através de miasmas, caracterizados como *humores* que surgiam de matéria orgânica em decomposição, vegetal ou animal, resultantes de condições ambientais específicas, e não através de micróbios (Hannaway, 1993; Pelling, 1993).

A idéia de infecção e contágio por meio de microorganismos, também conhecida como *teoria do germe*, foi polêmica e causou intensos debates pelo menos até a segunda metade do século XIX, quando se deu sua comprovação pela bacteriologia. Até esse momento, a aceitação ou não dos conceitos de infecção e contágio era acompanhada de debates intensos e conflito em torno das medidas a serem tomadas para que se evitassem doenças, em especial aquelas para combater e evitar a difusão de epidemias (Hochman, 1998). Nesse caso, epidemias como a da febre amarela (Duffy, 1971), a de cólera (De Swaan, 1990) e a da gripe espanhola (Crosby, 1989) são exemplos mais citados sobre os impactos sociais, culturais e políticos da doença entre meados do século XIX e as primeiras duas décadas do século XX.

Nesse contexto histórico, as ações de combate às epidemias tiveram sérias implicações de comércio, autoridade pública, liberdade individual e ordem política, que geraram posições antagônicas no âmbito da sociedade. De um lado, estava o movimento chamado anticontagionista que se pautava principalmente em um programa *ambientalista* ou *ecológico* que tinha sido o motor das primeiras reformas sanitárias na Europa e nos Estados Unidos, no século XIX. Do outro, era apresentado o seu oposto contagionista que se fundamentava na chamada *teoria dos germes*. Em síntese, a concepção anticontagionista sugeria medidas de caráter local, ações concretas sobre as condições sociais e ambientais geradoras dos miasmas causadores de epidemias. Ao se contrapor à teoria do germe, políticas públicas de saúde com base na concepção anticontagionista ganhavam adesão social ao enfatizarem e promoverem um programa de remoção de material e elementos, considerados agentes difusores de doenças epidêmicas: lixo, esgoto, água poluída, habitação superlotada e pouco ventilada.

Já pelo lado da perspectiva contagionista, que atribuía a difusão das doenças entre seres humanos aos microorganismos, era gerado um programa de ação que procurava evitar o contato de indivíduos doentes com indivíduos saudáveis. Uma das grandes dificuldades que à época se colocava ao argumento contagionista, estava no fato de que até fins do século XIX não se tinham evidências claras da difusão de doenças por meio de microorganismos. Em relação ao caráter abstrato presente na perspectiva contagionista que dificulta a percepção da causação da doença pelos indivíduos e que de certa forma esclarece a constituição de uma consciência da interdependência¹⁸ social e política entre eles, Hochman (1998:53) sugere que o elo da interdependência percebido pelas elites brasileiras desse período é menos o *micróbio* (o germe) e mais uma característica absolutamente visível de doenças causadas por esses agentes patogênicos, invisíveis aos olhos desse estrato social: a sua *transmissibilidade*.

Além disso, a tese contagionista reforçava o papel da autoridade pública na regulação de inúmeras atividades e, especialmente, na imposição de isolamento e quarentenas regionais ou nacionais, para impedir que navios suspeitos de conduzirem doentes fizessem contato com os portos. Esta imposição de quarentena tornava político um debate aparentemente científico, já que interferia no fluxo comercial, no comércio internacional e no deslocamento das pessoas. A concessão de mais poderes às autoridades estatais e burocráticas também causava mal-estar num período em que o liberalismo se difundia. Nesses termos, o anticontagionismo e o movimento contra a quarentena tiveram maior aceitação na segunda metade do século XIX, associado ao liberalismo emergente.

¹⁸ Hochman conclui que a consciência da interdependência e os incentivos oferecidos pelo ativismo do Poder Público possibilitaram a saída do impasse na direção de um arranjo capaz de agir com eficácia sobre todas as partes envolvidas e que ainda se mostrou viável politicamente (1998: 246)

Mas, mesmo quando a bacteriologia se tornou hegemônica dando ênfase ao diagnóstico e ao combate pontual das doenças específicas causadas por agentes determinados, ela não eliminou às práticas com base na causação múltipla da doença. A perspectiva contagionista tornava a sociedade um mero fator contextual. E um programa ambientalista reformulado, preocupado com as condições de vida que favoreciam o circuito *micróbio-seres humanos*, continuou sendo aplicado, o que significava a sobrevivência de um modelo de causação múltipla da doença, pelo qual as condições sociais poderiam ser tratadas como variáveis independentes ou, não serem consideradas como simples contexto (Hochman, 1998: 57).

Esses debates, que acompanham o movimento pela reforma da saúde pública nas primeiras décadas do século XX, terão impacto importante na construção do movimento sanitaria que emerge no Brasil. Para alguns autores, esse movimento constitui um dos elementos mais importantes no processo de construção de uma ideologia da nacionalidade, com impactos importantes na formação do Estado brasileiro (Castro Santos, 1985; Hochman, 1998). Nesse aspecto, a maioria dos trabalhos divide o movimento sanitaria em dois períodos fundamentais. O primeiro corresponde à primeira década do século XX é marcado pela gestão de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde, entre 1903-1909, que se restringia basicamente ao Distrito Federal e aos portos. A principal característica desta fase é representada pela ênfase no saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e o combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola (Hochman, 1998: 60). Assim, para Hochman a preocupação em livrar o país dos prejuízos causados ao comércio exterior pelas péssimas condições sanitárias da capital federal e de seu porto, configura-se como fator determinante da ação de política pública desse período.

A segunda fase corresponde às décadas de 1910 e 1920, tendo como característica fundamental a ênfase no saneamento rural, em especial o combate às três endemias rurais (ancilostomíase, malária e mal de Chagas). De acordo com Hochman, essa fase se dá a partir “da descoberta dos *sertões*, dos seus habitantes abandonados e doentes e da possibilidade de curá-los e de integrá-los a comunidade nacional” (1998:61). Diferentemente do período anterior, esta reforma sanitária se caracteriza mais como alternativa para a construção da nação, no bojo de uma corrente nacionalista que recusava o determinismo racial e climático como explicação do Brasil e dos brasileiros (Castro Santos, 1985; 1987).

Consideramos, portanto, apenas como um dado de observação, inserir nesse contexto as tentativas de problematização da malária em Manaus conduzida por alguns autores nas primeiras três décadas do século XX. O esforço empreendido por Alfredo da Matta, por exemplo, na tentativa de descrever e caracterizar as condições que favoreciam a iminência de várias moléstias na cidade - entre elas o impaludismo – pode não ser merecedor de maiores referências, mas certamente é revelador das implicações presentes na discussão e na implementação de ações de políticas de saúde pública local. Já em relação ao conteúdo dos trabalhos realizados a partir da década de 1940, pudemos observar a presença dos temas e dos problemas que exigem uma intervenção mais pontual por parte do poder público.

Elaborados no calor da discussão que envolvia a criação de políticas públicas com ações direcionadas para o combate de endemias específicas, a perspectiva analítica desses ensaios volta-se para a pertinência de medidas de controle de doenças como a malária, que nessa época já se mostrava com alta incidência em várias regiões do país, em especial na Amazônia. No bojo da

primeira fase do modelo campanhista, uma das principais preocupações dos órgãos de saúde pública era identificar possíveis obstáculos à implementação de ações concretas de higiene e de saúde pública na população amazônica. Estudos com enfoque nas características culturais e sócio-econômicas de comunidades no interior da Amazônia foram incentivados e programas de educação em saúde também foram implementados na perspectiva de mudança da cultura dos habitantes do vale amazônico.

Djalma Batista ao apontar que “as condições de vida das populações tanto adventícias como autóctones, e seus cruzamentos foram campo largo à ação das infecções e infestações” (1946: 186), está também se posicionando diante do que ele considera como “problema humano” na Amazônia, cujo reconhecimento é necessário para encarar sua patologia, em especial a patologia da malária.

Um dos mais importantes estudos com essa perspectiva foi feito por Charles Wagley¹⁹, em 1953. Ao focar as características sócio-culturais que marcam a relação de um grupo social do vale amazônico com a doença, por exemplo, Wagley observa que a preocupação daquela população com doenças, riscos da gravidez, parto e outros processos fisiológicos mostrava-se tão exagerada que certamente impressionaria qualquer visitante que por lá passasse. Ao referir-se às práticas de cura e prevenção de doenças pelos moradores, esse autor destaca o elevado consumo de ‘drogas comerciais’ e o conhecimento de uma infinidade de ervas medicinais e métodos populares que seriam manejados no tratamento das doenças (1988: 240). Em seguida, esse autor vai considerar

¹⁹ Em “Uma Comunidade Amazônica” Wagley sustenta que o conhecimento do modo de vida do homem amazônico forneceria indícios sobre o que deveria ser modificado para que pudessem ser melhorados seus padrões de vida. O elemento central na perspectiva analítica desse autor é claramente concorrer para “o progresso e o crescimento das áreas subdesenvolvidas” (1988:40).

que a preocupação exagerada com a doença está ligada ao fato da população apresentar sempre de uma péssima saúde. E este, por sua vez, se dava em decorrência dos seguintes aspectos: regime alimentar inadequado, ausência de recursos de saúde pública ou assistência médica, população destituída dos desconhecimentos científicos sobre a transmissão de doenças e vivendo em um ambiente propício a sua propagação.

Ao elencar elementos relacionados com modo de vida e crenças dos moradores da comunidade de Itá, no estado do Pará, diante da situação da doença, Wagley supõe que os pontos de vista gerais da população daquela localidade e de outras comunidades amazônicas estariam em processo de transição. A respeito das condições requeridas e das possibilidades aventadas nesse processo de transição o autor mostra-se enfático ao considerar que “um elemento novo introduzido numa cultura não substitui imediatamente o antigo; as idéias e métodos novos devem integrar-se no âmago da cultura anterior e, durante o processo, modificam-se a cultura e os pontos de vista gerais da população” (1988: 249-250).

Sobre esse ponto de vista, é importante problematizar que Wagley talvez faça aí uma divisão rígida entre ação habitual e ação racional, que resulta do emprego de teorias da ação com pressupostos cartesianos. Essa é uma questão importante nos estudos sócio-antropológicos da saúde e doença, pois como observa Alves & Rabelo (1998: 112) o hábito foi tratado durante muito tempo como empecilho à adoção de uma atitude racional em relação à doença e seus cuidados.

10.2. Sobre a pertinência da abordagem do processo saúde-doença com base na representação social.

De maneira que se poderia dizer intrigante, uma das principais contribuições da aplicação das abordagens sócio-antropológicas nos estudos de saúde e doença se refere à construção de categorias analíticas potentes que poderão ser empregados na Epidemiologia social. Intrigante porque pretendemos enfatizar a relação quase sempre conflituosa das perspectivas analíticas assumidas por ambos os campos na abordagem dos problemas de saúde-doença.

Embora a análise de determinadas características de ambos os campos disciplinares evidencie a similaridade e suas aproximações metodológicas, determinados fatores limitam a possibilidade de complementação em termos interdisciplinares criando pontos de discrepâncias, por exemplo, entre Antropologia e Epidemiologia social (Menéndez, 1998). Um dos pontos centrais dessa divergência refere-se justamente ao que se poderia chamar de idiosincrasias do campo disciplinar de ambas disciplinas. As ciências antropológicas e sociais propõem uma concepção construcionista não apenas da doença e das estratégias de atenção, mas também da vida cotidiana por onde se processa o padecimento.

Nesses termos, elas ressaltam o fato de que ditos processos só podem ser compreendidos a partir de uma perspectiva diacrônica construcionista e tendem a apontar o significado paradoxal da biomedicina tanto na construção técnica da enfermidade (*disease*) como também na construção social do padecimento (*illness*) (Menéndez, 1998:74). Um caso típico dessa divergência estaria no uso do conceito *estilo de vida*: se na antropologia esse conceito é manejado dentro de uma perspectiva holística, na epidemiologia ele tende a ser

reduzido a comportamento de risco, o que enfraquece a concepção teórico-metodológica²⁰ a partir da qual ele foi proposto.

Outro aspecto visivelmente conflitante diz respeito aos elementos de análise comumente recrutados por essas disciplinas. Enquanto a epidemiologia e o sanitarismo em geral se caracterizam pelo escasso uso de variáveis socioculturais, a socioantropologia as considera como elementos substantivos. Além disso, a perspectiva médica quando enfoca as representações e práticas da população, é somente para mostrar que tais fatores incidem negativamente sobre sua saúde. Nesse caso, consideram-na basicamente como um saber refratário às práticas sanitárias vigentes que precisa ser modificado. De modo geral, esta perspectiva nega explícita ou implícitamente a adoção de critérios de prevenção pela população.

Também em relação à implementação de práticas sanitárias em contextos específicos, alguns elementos importantes podem não ser contemplados pela Epidemiologia. Ao enfatizar que as práticas sanitárias são pautadas pela Epidemiologia, e em grande medida na vertente positivista desta disciplina, Garnelo & Langdon (2005) problematizam a existência de outras nuances como relações econômicas, políticas, éticas, educativo-comunicativo e étnicas, que congregariam diferentes visões de mundo dos profissionais, entre si, e destes com seus pacientes, o que conseqüentemente resultaria no exercício de micropoderes (2005:5), que geralmente escapam ao seu campo teórico-metodológico.

²⁰ Menéndez enfatiza a origem deste conceito afirmando que ele foi constituído a partir do marxismo, da abordagem compreensiva weberiana, da psicanálise e da antropologia cultural norte-americana, com o objetivo de possibilitar, a partir das dimensões materiais e simbólicas, a articulação entre o nível macro (estrutura social) e o nível dos grupos intermediários (1998:74).

Sem nos deter inteiramente às divergências entre esses campos de conhecimento, que evidentemente conduzem à interpretações diferentes do processo saúde-doença, queremos situar nossa posição referente ao trabalho que realizamos. Ressaltamos, antes de tudo, que essa discussão teórico-metológica em torno da interação epidemiologia-antropologia foi pedra fundante sobre a qual se erigiu a perspectiva deste estudo. Diante disso, acentuamos que a idéia de que todo grupo social, independente do seu nível de educação formal, gera e utiliza critérios de prevenção frente aos padecimentos que, real ou imaginariamente, tem efeito sobre sua saúde no dia a dia, foi particularmente considerada nesta abordagem. Supomos, ainda, que às práticas produzidas pelo grupo não são necessariamente idênticas às suas representações do processo saúde-doença. Além disso, consideramos como dado importante que, no processo saúde-doença, os grupos sociais tendem a manejar um número maior de representações do que de práticas (Menéndez, 1998).

Desse modo, procuramos enfocar na pesquisa os significados e as práticas adotados por um grupo de mães referentes ao problema da malária, como forma também de contribuir para o debate já enunciado. Constatamos que em relação às práticas de cuidados e tratamento, por exemplo, o conjunto de saberes e práticas manipulados por mães na atenção à saúde das suas crianças se referem a um estoque de conhecimento que tem raízes fincadas em experiências pessoais e no próprio contexto sociocultural.

“Eles passaram pílula pra ele tomar. Depois eles fizeram o retorno e não deu mais não. Ele tomou tudinho o remédio; é bom que eles tomam tudinho o remédio. Aí depois eu faço chá de cipó tuíra e dou pra ele. Dizem que esse remédio que dão no posto dá tonteira, a pessoa fica sem fome. Ataca o fígado essa pílula... ele fica inchado. Aí faço chá de cipó tuíra, é bom pra isso. Desde daí ele ainda não pegou malária. Ela ataca muito o fígado e mais a pílula...aí o chá de cipó tuíra

ajuda a desinflamar o fígado. Serve até pra hepatite o cipó tuíra. Meu menino não ficou nem uma semana doente, se recuperou logo. Porque logo que eles tão sentido alguma coisa, assim frio, febre eu levo logo pro posto; eu não deixo a doença avançar, eu levo logo. Porque se a gente deixar a doença avançar aí é complicado, quando a gente for cuidar já é tarde, não tem mais jeito.” (M.A.C, 40 anos)

Foi possível detectar, então, que critérios socioculturais são requeridos principalmente quando a situação do tratamento exige atenção especial – no caso uma criança com menos de dois anos - ou quando a noção de doença que fragiliza determinadas partes do corpo é reforçada pelas circunstâncias do adoecer e do padecer (dores fortes, tontura, inchaço do fígado, etc.). Nesse caso, é importante ressaltar que, o que efetivamente se levou em consideração nesta pesquisa, não foi o caráter de equívoco ou correção que esses critérios possam gerar ao comportamento das pessoas. Preferimos assumir “que os grupos produzem critérios e práticas de prevenção, sejam ou não errôneos” (Menéndez, 1998: 75).

Por outro lado, a abordagem do processo saúde-doença com base na na idéia de representação social requereu uma reflexão crítica de pelo menos três conceitos inexoravelmente relacionados com sua aplicação no âmbito dos estudos em saúde e doença propostos por Alves & Rabelo (1998). O primeiro desses conceitos diz respeito à noção de *corporeidade e ação*, cuja recuperação para estudos com essa perspectiva é apontado como importante elemento de compreensão das possibilidades do conceito de representação.

Para esses autores, o primeiro passo nesse sentido seria reconhecer a prioridade da prática, da esfera do fazer e agir, sobre o pensamento e a reflexão. Quando se coloca o acento sobre o domínio da prática, significa, em grande

medida, resgatar o corpo enquanto fundamento de nossa inserção prática no mundo (Alves & Rabelo, 1998: 109). Nesses termos, a representação de fatos somáticos que encontramos na maioria das mães diante da manifestação da malária, indicam que no corpo estão radicadas principalmente a condição e as possibilidades de conversão da situação de enfermo em curado, ou, como argumentam esses autores é nele [corpo] que está a conversão das coisas em meios ou objetos para o indivíduo (1998: 109).

“Dor de cabeça, tontura, febre. Tem vez qua dá com vômito. Quando dá febre alta eu dou banho, deixo passar dez minutos no banho e aí depois disso eu dou remédio pra febre. O remédio? Pra essa daqui eu só dou paracetamol; pro outro eu dou dipirona. Quem me disse isso foi o médico lá da Ponta Negra. Eu levo pra lá (P. Negra) desde a primeira vez que ela pegou malária; eu não sabia o que fazer, eu pensei que ela tivesse morrendo, porque dava convulsão nela; aí ele disse que quando ela começasse a esquentar era pra dar um banho nela pra baixar a febre.” (M.L.F., 23 anos)

“Foi assim...eles terminam de almoçar eu ponho pra dormir, porque não tem aula pra elas de tarde. E tava um sol forte e muito calor, muito quente mesmo. Aí eu fui telefonar e quando eu voltei encontrei todas as duas embrulhadas com lençol, aí eu peguei nelas e elas já tavam com febre. Aí começou com febre, peguei no pé tava gelado, né? Aí eu disse pro pai dela tá com malária. Não tenho mais nem a conta de quanta malária eu já pegamos.” (I.P.S, 28 anos)

O segundo conceito refere-se à idéia de intersubjetividade. Em relação a esse conceito admitimos que o encontro com o outro não é realidade contingente à ação individual. Daí supomos a existência de um campo que se

abre a partir dessa relação e de onde emergem tanto a reflexão quanto as possibilidades de intervenção na realidade. O mundo que é partilhado na relação entre sujeito observante e observado não é a realidade externa e impessoal que a ciência constitui e sobre a qual se volta com atitude de aparente neutralidade. Se o social não é soma de subjetividades isoladas tampouco é a realidade objetiva – estrutura simbólica, modo de produção, integração entre sistemas sociais, cultural e de personalidade ou mesmo sistema de disposições duráveis – propostas pelas abordagens de cunho estrutural (Alves & Rabelo, 1998: 114).

“Pra mim o tratamento dela aqui não compensa. Se eu dou o remédio pra ela à tarde, à noite volta de novo a febre. Aí eu tenho que dar dipirona pra baixar a febre. Eu acho que tem outro tipo de tratamento que ajuda...eles davam tetrex junto com endiroba.... Lá [município de Coari] eles davam tetrex junto com andiroba... foi com que eu nunca mais peguei. Por isso é que eu acho que não sei o que é malária. Aqui eu já tentei pedir das meninas, as enfermeiras, mas elas dizem que não podem dar sem receita. Mas se eu pedir com receita a doutora vai perguntar pra que é que eu quero o remédio. E ela vai dizer que eu posso até envenenar a criança. Mas foi com o tetrex que minha mãe me curou e os enfermeiros também lá. Aqui eles só dão a pilula da malária. Não dão nada pro fígado. Às vezes eu dou o chá caseiro, mas elas não gostam...tomam uma ou duas vezes...aí eu acho que também já resolveu, passou a febre, passou a dor de cabeça...então pra mim já tá curado. Mas eu consigo dar pra eles todas as pilulas que eles dão no posto. Além disso, eu tava fazendo o chá do cipó tuíra pro fígado...porque não encontrei o saracura mirá...é que o saracura mirá é o melhor que tem pro fígado. Lá onde eu morava, uma vizinha uma vez disse pra outra - que tava dando igual eu remédio pra malária da filha e a febre sempre voltava - ‘olha fulana larga de tá dando esse remédio pra tua filha, dá chá de saracura, que além de limpar o sangue dela vai passar a febre’. Aí eu acreditei, porque depois que eu deu assim... tipo

o suco da saracura, a criança melhorou, a cor da criança voltou, a febre não voltou mais. O doutor também falou que o mastruz com leite também é bom - por isso que malária não gosta de mim – mas o mastruz com leite corta tudo...a verme, a icterícia que a gente tem, a constipação.” (D.L.R, 37 anos)

O terceiro conceito que consideramos de importância crucial nessa perspectiva é o de linguagem envolvendo discurso e significação. Um dos problemas apontado por Alves & Rabelo a respeito da aplicação desse conceito em boa parte das investigações sobre saúde e doença, se apresenta justamente quando a análise do sentido do discurso é direcionada para a significação do que é dito, ao código discursivo e, portanto, a racionalidade do sentido. Nesse processo o que se pretende mostrar é uma realidade discursiva “essencial”, comum a determinados atores sociais.

A consideração do discurso apenas no seu aspecto formal, como um processo de abstração, leva a uma análise desencarnda do próprio locutor, ou seja, do indivíduo concreto que é despojado da intersubjetividade para em seguida ser encontrado como membro genérico de modelos ou estruturas sócio-culturais. A alternativa a esta formulação, de acordo com esses autores, está na proposição de que a linguagem faz parte de um voltar-se intencional para o mundo, em que uma intenção significativa vazia descobre e vai de encontro à significação no próprio ato da expressão. Nessa perspectiva, “o sentido do que é dito não existe em um vácuo; é antes de mais nada resposta a uma pergunta que motiva e põe em movimento a fala”(Alves & Rabelo, 1998: 118).

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo revelou que do ponto de vista histórico, a problematização da questão da malária no Amazonas e, particularmente em Manaus, durante a primeira metade do século XX, constitui um importante ponto de partida para esclarecimento da visão de mundo que se tinha da Amazônia e de seus habitantes no momento em que tanto a ação médico-científica quanto o pensamento leigo inspiravam a política de saúde pública no Brasil.

Nesse aspecto vale ressaltar que as lacunas de referências sobre a doença em determinados períodos, assim como as perspectivas dos estudos que foram empreendidos, podem evidenciar mais precisamente uma configuração histórica e ideológica do contexto no qual está inserida a patologia do que a preocupação com sua dimensão epidemio-sanitária. Assim, os enfoques e as referências conceituais observadas nas explicações sobre a situação da malária, com marco nas três primeiras décadas do século XX, são reveladoras de diferentes visões de mundo sobre a questão sanitária e epidemiológica que se confrontavam à época no país.

Observou-se que a partir da implementação do modelo campanhista, a política de acompanhamento e das medidas empregadas no controle da malária

passou a incorporar ações de saúde pública que implicavam em interferências no comportamento da população. As intervenções de cunho higienista que passam a marcar as ações da saúde pública especialmente no interior da Amazônia a partir da década de 1950, evidenciam, sobretudo, a perspectiva de mudança cultural com base na incorporação de hábitos e elementos de origens exógenas que prescrevia a teoria da aculturação.

Observamos também que os estudos que consideram como dado relevante na análise da endemicidade da doença aspectos de ordem econômica e sócio-cultural são raridades, o que demonstra a não apreciação desses fatores na abordagem epidemiológica. Por outro lado, boa parte dos trabalhos que se propõem a deter análise nesses fatores, tomam por certo como fatores sócio-econômicos variáveis que derivam das limitações de ordem material dos indivíduos, enquanto que a suscetibilidade da população, é determinada quase exclusivamente pela migração.

Desse ponto de vista, boa parte das análises produzida sobre a situação da malária na região tende a considerar que a doença responde à medida que é estimulada ou que ela incide sobre um “curso dado naturalmente”. A ênfase na naturalização dos fatores condicionantes da doença permite que esses estudos postulem, por exemplo, que a malária possa determinar, periodicamente, a ampliação dos seus espaços de transmissão, seja por contigüidade, seja por instalação de novos focos à distância. Daí postula-se que o declínio dos níveis endemo-epidêmicos só pode ocorrer efetivamente pela intensificação das medidas de controle ou quando fatores determinantes de transmissão cessam ou diminuem de intensidade.

É importante salientar ainda que a abordagem do processo saúde-doença com base na idéia de representação social mesmo se revelando muito

pertinente em situações de doenças endêmicas, o alcance teórico-metodológico deste conceito está relacionado com uma reflexão crítica das suas possibilidades na análise do processo saúde-doença. Nesses termos, torna-se imprescindível uma leitura crítica de determinados conceitos de uso corrente nas ciências humanas e sociais e que se fazem presentes nos estudos em saúde e doença: corporeidade, intersubjetividade, linguagem e discurso são noções que se interpuseram com força indisfarçável nas nossas análises sobre representação social da malária. Com base na representação de fatos somáticos ligados à malária, por exemplo, pudemos demonstrar que a maioria das mães tendem a assumir atitudes distintas diante da manifestação da malária, no entanto, é a partir de uma idéia que está presente, sobretudo, no corpo que as ações e determinados comportamentos passam a ser exigidos como forma de intervenção na situação da malária.

No caso observado nesta pesquisa, o que está explícito nas representações da malária pelo grupo investigado é a imposição de visões de mundo e de categorias de percepção referentes à doença, que por meio de operações cotidianas se mostram mais eficazes e/ou adequadas ao enfrentamento do problema do que a intervenção proposta pelo sistema de saúde local. Considerando que devemos incluir no real a representação do real (Bourdieu, 1989), ou melhor, o encontro de representações em torno do real, ou aquilo que refere-se ao mundo social, tenho que admitir que essas interpretações são tradutoras de uma situação de atenção à saúde na comunidade cuja principal característica é a descontinuidade e a fragmentação. São interpretações muitas vezes distintas, como demonstrou a pesquisa, mas com toda certeza sugerem, no mínimo, a necessidade de uma importante reflexão crítica sobre as práticas e serviços de saúde oferecidos para os moradores daquela área.

“Nós levantamos a hipótese de que a malária, o tratamento da malária em si, ela afeta no processo ensino-aprendizado da criança. Nesse aspecto, nós levantamos essa hipótese, inclusive estamos fazendo uma pesquisa que ainda não concluímos, mas já estamos tendo certeza de que um percentual muito grande de criança é afetado. Digo também, que levantei essa hipótese, devido a minha própria situação quando tive 20 malárias e fui tratada em todas elas; outra coisa também que a malária tem afetado muito a escola é na questão da evasão escolar. Na parte social, os pais tem vindo morar, muitas famílias tem vindo morar na comunidade, mas devido à malária eles vão embora quase que imediato; então, faz a matrícula e depois retira a transferência para outra área de Manaus, tudo em consequência da malária, tanto em consequência da malária quanto em consequência da situação econômica. Não tem sobrevivência pra eles aqui, então eles vão embora atrás disso em outro lugar.” (Pedagogo da EMJSN)

Em outras palavras, a ação dos agentes de saúde e endemias não encontra ressonância em grande parte dos moradores de Nossa Senhora de Fátima, daí a busca simultânea por cuidado, tratamento e prevenção em muitos lugares diferentes – dentro e fora da comunidade, entre vizinhos, parentes, conhecidos ou estranhos, na experiência pessoal com a doença e também coletiva através de relatos e biografias.

Para além destas constatações, o que efetivamente deve-se levar em conta com esse histórico de elevadas incidências de malária que Nossa Senhora de Fátima vem registrando desde sua formação, é o alto custo social cobrado principalmente da população infantil. Os reflexos mais visíveis deste problema são: 1) evasão escolar elevada nas primeiras séries; 2) baixo rendimento escolar e repetência; 3) aumento da vulnerabilidade com possibilidade de

desenvolvimento de outras doenças graves; e 4) comprometimento do organismo em função da insuficiência de alimentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M. H. N. G. et al. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1): 245-259, 2005.

ALBUQUERQUE, Bernardino C.; MUTIS, Martha C.S. A malária no Amazonas. In *TOLEDO, Luciano; ROJAS, Luisa (orgs.). Espaço e Doença: um olhar sobre o Amazonas*. RJ: Ed. Fiocruz, 1999.

ALVES, P. C. & RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (orgs.) *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.

- AZEM, Marina. As agruras dos trópicos: endemias e epidemias na Capitania do Rio Negro, no relato de Alexandre Rodrigues Ferreira. In: MACHADO, Maria Fátima R. (org.) Mato Grosso Português: ensaios de antropologia histórica. Cuiabá: UFMT-ICHS, nº 6, 2002.
- BATISTA, Djalma. O paludismo na Amazônia. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.
- BARATA, Rita Barradas; BRICEÑO-LEON, Roberto (orgs.). Percepção e prevenção de malária entre os Cuiva da Venezuela. In *Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- BENCHIMOL, Samuel. Amazônia: formação social e cultural. Manaus: Editora Valer, 1999.
- BOURDIEU, P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Russel, 2002.
- CASTRO SANTOS, L. A. de (1985). "O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade". Dados – Revista de Ciências Sociais, vol. 28:2, p. 193-210.
- CONFALONIERI, Ulisses E.C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. Estudo Avançados, vol.19, nº 53, São Paulo, 2005.
- COIMBRA JR., C. E. A. A importância da abordagem antropológica em estudos na área de saúde. CSP, RJ, 5(2): 238-239, jan./mar. 1998.
- CROSBY, A.W. (1989), *America's forgotten Pandemic – the influenza of 1918*. Cambridge, Cambridge University Press.
- DEANE, L.M. Os grandes marcos na história do controle da malária. Revista Brasileira de Medicina Tropical. Brasília: 1992, vol. 25:.
- DESLANDES, S.F. & GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In BOSI M.L.M & MERCADO (orgs.) Pesquisa Qualitativa em Serviços de Saúde. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.
- DE SWAAN, A. (1990), *In care of the State*. Health care, education and welfare in Europe in the modern era. Cambridge, Polity Press.

- DUFFY, J. (1971), "Social Impact of Disease in the Late Nineteenth Century". Bulletin of the New York Academy of medicine, vol. 47, n° 7, p.797-810.
- FERREIRA, Pablo. Malária. In Glossário de Doenças/Agência Fiocruz de Notícias <file:///F:/Agência> Fiocruz de Notícias - Saúde e ciência para todos.htm, março de 2006.
- FREITAS PINTO, Renan. Como se produzem as zonas francas. *In Trabalho e produção capitalista*. Belém, UFPA/NAEA, 1987 (Série Seminários e Debates nº 13), pp. 19-38.
- GADAMER, Hans-Georg. Introdução; A linguagem como médium da experiência hermenêutica. *In Verdade e Método*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- GARNELO, Luiza & LANGDON, Jean. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In MINAYO, M.C. & COIMBRA, C. (orgs) *Críticas atuantes: Ciências Sociais e Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 133 a 156.
- GERHARDT, E. T. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. CSP, RJ, 22(11): 2449-2463, nov. 2006.
- GOMES, Romeu & MENDONÇA, E. Alves. A Representação e a Experiência da Doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. *In MINAYO, Maria C. de Souza (org.). Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- HANNAWAY, C. (1993), "Environment and miasmata", *In* W.F. Bynum & R. Porter (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Londres, Routledge, p. 292-308.
- HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 1: 23-36, 1991.
- _____, Fagilidade da vida e desenvolvimento das ciências sociais no campo da saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (2): 193-203, 2005.
- HOCHMAN, Gilberto. A era do saneamento: as bases da saúde pública no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec – ANPOCS, 1998.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tendências demográficas: uma análise dos resultados do censo demográfico 2000/IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
- International Congresses on Tropical Medicine and Malaria. 7, 1963, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1963. p 287).
- LIMA, A. Amazônia, a terra e o homem. Manaus: Secretaria de Estado de Cultura, Turismo e Desporto, 2001.
- MATTA, Alfredo Augusto da. Paludismo, Varíola, Tuberculose em Manaus. (extraída da Revista Médica de São Paulo, nº 14 e 15 de 1908). São Paulo: Typographia Brazil, 1909.
- MELLO, M.L de & MOURA, H.A de (orgs.) Migrações para Manaus. Recife: FUNDAJ, Editora Massangana, 1990.
- MENÉNDEZ, E. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (orgs.) Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.
- MINAYO, M.C. de Souza. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In MINAYO, Maria C. de Souza (org.). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- _____. Saúde e Doença: uma concepção popular da etiologia. CSP, RJ, 4(4): 363-38, out./dez. 1988.
- MOTTA, Ernani G.F. da. Fatores determinantes da situação da malária na Amazônia. Revista Brasileira de Medicina Tropical. Brasília: UnB, vol. 25, Suplemento II, 1992.
- NASCIMENTO, Izaura Rodrigues et al.(orgs). Água e Cidadania: comunidades rurais do Tarumã-Mirim em Manaus/Amazonas. Manaus: ACISAM, 2007.
- NODA, Eliana A. do Nascimento et al. Produção econômica e alternativas sustentáveis em comunidades do Tarumã-Mirim/Am. In NASCIMENTO, I.R, et al (orgs). Água e Cidadania: comunidades rurais do Tarumã-Mirim em Manaus/Amazonas. Manaus: ACISAM, 2007.

- Organização Mundial da Saúde .Tratamento da Malária Grave e Complicada: Condutas e Práticas. OMS, (Genebra, 1991): Brasília, 1995.
- PASSOS A.D.C, FIALHO, R.R. Malária: aspectos epidemiológicos e de controle. Revista Brasileira de Medicina Tropical. Brasília: 1998; vol. 31: 93-105.
- PELLING, M. (1993), "Contagion/Germ Theory/Especificity". In W.F. Bynum & R. Porter (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Londres, Routledge, p. 309-334.
- PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA MALÁRIA / Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde-PNPCM. Brasília: 2003.
- PROAMBIENTE. Programa de desenvolvimento sustentável da produção familiar rural da Amazônia. Manaus (PA Tarumã-Mirim) e município de Rio Preto da Eva. Manaus, 2002, 52 p.
- RADAMBRASIL, 1978. Departamento Nacional de Produção Mineral. *Projeto RADAMBRASIL, folha As. 20 Manaus – Levantamento de recursos minerais*, 18, 628 p.DNPM, Rio de Janeiro-RJ.
- REIS, Arthur C. Ferreira & BATISTA, Djalma (orgs). Sobre o saneamento da Amazônia (Oswaldo Cruz/ Carlos Chagas/ Afranio Peixoto). Manaus, Editado por Philippe Daou, 1972.
- ROZEMBERG, Brani. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. CSP, RJ, 10(1): 30-46, jan/mar., 1994.
- SAHLINS, Marshall. O "pessimismo sentimental" e a Experiência Etnográfica. Por que a cultura não é um objeto em via de extinção. *Mana*, 3(1): 41-73, 1997
- SANTOS FILHO, L. História Geral da Medicina Brasileira. vol.1. São Paulo: EDUSP, 1991.
- SERÁFICO, José & SERÁFICO, Marcelo. Estudos Avançados 19 (54), 2005. p. 99-113.
- SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA – Malariologia Prática. Rio de Janeiro: SESP, 1951.

- SILVA, Marilene Corrêa. As metamorfoses da Amazônia. Manaus: Editora da UFAM, 2000.
- SILVEIRA, A.C. & REZENDE, C.F. Avaliação da estratégia global de controle integrado da malária no Brasil. São Paulo, 1998.
- SIQUEIRA, J. et al. Pluralidades em comunidades rurais: aspectos da dinâmica sociocultural das comunidades Nossa Senhora de Fátima e Nossa Senhora do Livramento. In NASCIMENTO, I.R, et al (orgs). Água e Cidadania: comunidades rurais do Tarumã-Mirim em Manaus/Amazonas. Manaus: ACISAM, 2007Manaus: ACISAM, 2007.
- SIQUEIRA, J. et al (orgs.) Relatório do levantamento sociodemográfico de comunidades rurais do Igarapé Tarumã-Mirim. Manaus: ACISAM, 2006, 78 p.
- TERRAZAS, Wagner C. M. Análise epidemiológica da distribuição espacial da malária no município de Manaus. Dissertação de Mestrado – Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, 2005.
- THOMPSON, E. P. Costumes em comum. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- TRAPE, J.F. Malaria and urbanization in Central Africa: the example of Brazzaville. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 81 (Supl. 2): 1987.
- VICTORA, Ceres Gomes. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editora, 2000.
- WAGLEY, Charles. Uma comunidade amazônica: estudo do homem nos trópicos. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1988.
- _____, Charles Wagley Papers 1937-1965. In Manuscript Colletion 2, Gainesville, 1972