



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLECS)
Departamento de Sociologia

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane

“DZEDZEDZE” EM DUAS BOCAS.

**Estudo sobre o papel da *media* na construção
das percepções e práticas sociais sobre a malária**

AUTOR: Eunice José Matavele

SUPERVISOR: Dr. Baltazar Samuel Muianga

Maputo; Julho de 2010

“DZEDZEDZE” EM DUAS BOCAS. Estudo sobre o papel da *media* na construção das percepções e práticas sociais sobre a malária: O caso do bairro Muelé na cidade de Inhambane (2008-2010).

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane.

Departamento de Sociologia
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane

AUTOR: Eunice José Matavele

SUPERVISOR: Dr. Baltazar Samuel Muianga

Maputo, Julho de 2010

O júri

O Presidente

O supervisor

O oponente

Data

Declaração

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada na sua essência para obtenção de qualquer grau e que constitui o resultado da minha investigação pessoal, estando indicadas no texto as referências bibliográficas por mim utilizadas para elaboração do devido trabalho.

(Eunice Matavele)

Maputo, Julho de 2010

Índice

	Pág.
Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Glossário.....	v
Introdução.....	1
CAPÍTULO 1	
Justificação e pertinência da pesquisa.....	5
CAPÍTULO 2	
Formulação do problema.....	7
1.1 – Revisão de Literatura e colocação do problema.....	7
1.2 – Hipóteses.....	11
1.3 – Objectivos.....	11
CAPÍTULO 3	
Enquadramento teórico e conceptual.....	12
3.1. Enquadramento Teórico.....	12
3.2 - Definição dos Conceitos.....	15
3.1.1– <i>Práticas sociais</i>	15
3.1.2– <i>Percepções sociais</i>	16
3.1.3– <i>Instituições sociais</i>	18
3.1.4– <i>Interiorização</i>	18
3.1.5– <i>Malária</i>	19

CAPÍTULO 4

Metodologia.....	21
------------------	----

CAPÍTULO 5

Apresentação dos resultados da pesquisa.....	23
5.1– Situação geo-espacial de Inhambane e caracterização do bairro Muelé.....	23
5.2– Situação epidemiológica da malária na província e cidade de Inhambane.....	24
5.3– Caracterização da amostra: perfil dos entrevistados.....	25
5.4– A Malária na <i>media</i> : o programa Mozkito da RM.....	27

CAPÍTULO 6

O papel da <i>media</i> na construção das práticas e percepção a volta da malária.....	30
--	----

CAPÍTULO 7

A experiência da doença: a malária vista pela população.....	33
7.1 - Dimensão Religiosa da Doença.....	39
7.2 – Práticas preventivas com relação à malária.....	40

Considerações finais.....	42
---------------------------	----

Bibliografia.....	46
-------------------	----

ANEXOS

I. Guião de questões.....	49
---------------------------	----

Dedicatória

A Tí meu Pai Celestial. Por razões óbvias que só nós dois sabemos.

A minha filha Keyla. É principalmente por ti que eu luto, minha princesa abençoada. Obrigado por seres minha inspiração.

A meus pais: Maria Luísa Cuna Matavele e José Maiane Matavele. Vossa educação "rígida" fez de mim a mulher que sou hoje. Obrigada.

A meus irmãos: Sandra Matavele, Vanessa Matavele, Raquel Matavele, Nádia Matavele e Maiane Júnior. Vocês são uma riqueza em minha vida. Viva a nossa amizade.

A meus cunhados: Edgar Cossa, Eduardo Chissumba e Francisco Marcos. Vocês tornaram a nossa família ainda mais bonita.

Abílio Mandlate, meu amigo. Achas que tenho palavras? Se achares que sim, és injusto.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço ao meu Docente e Supervisor Baltazar Muianga, que com sua infinita paciência e exigência tornou este trabalho uma realidade. Nas margens do mesmo, pude descobrir a pessoa amável que é. Obrigada por tudo. Valeu o “Chibalo” e peço que continue assim. Bom Docente ou docente bom, sei lá. Basta que continue a ser essa pessoa tão amável e exigente.

A todos os meus docentes, colegas, “The Dream Team” (Vanessa, Leónia, Sixpense, Abílio e Violeta) amigos, familiares e colaboradores que directa ou indirectamente contribuíram e tem contribuído para o meu sucesso. Deus existe.

RESUMO

Em Moçambique é reconhecido o papel que os órgãos de comunicação social desempenham na sensibilização dos indivíduos sobre os riscos de determinadas doenças, neste caso a malária. É nesse âmbito que a Rádio Moçambique (RM), tem vindo a produzir e radiodifundir um programa que se pretende influencie os indivíduos a adoptarem práticas e comportamentos considerados não de risco com relação a malária. Esta monografia é um estudo sobre o papel da *media na construção das práticas e percepções sociais em torno da malária* e seu objectivo central é compreender se a *media*, neste caso a RM, participa na maneira como a população de Muelé na cidade de Inhambane concebe e se previne da malária. Neste sentido, identificamos as práticas e percepções sociais da população de Muelé em torno da Malária e as comparamos com os conteúdos do programa sobre malária da RM. O nosso argumento é o de que por não considerarem os aspectos sociais da malária (hábitos, comportamentos, representações, valores), os temas sobre a doença que são difundidos pela RM não participam na construção das percepções e práticas sociais dos moradores do bairro Muelé na cidade de Inhambane sobre a malária. Mais ainda, tais conteúdos reproduzem os discursos e as acções do Governo e das ONG's de combate à doença e por isso, não determinam como os indivíduos entendem e combatem a malária. Usamos para esta pesquisa o método hipotético-dedutivo o qual funda-se na observação e experimentação para as quais o pesquisador vai tendo previamente formulado um problema ao qual responde através de hipóteses de resposta. As principais conclusões a que o estudo chegou são as de que os conteúdos dos temas sobre malária difundidos pela Rádio Moçambique, não participam nas percepções e práticas sociais dos moradores de Muelé a volta da malária, por não considerarem os aspectos sociais da doença. Dizemos que a RM não participa na construção das percepções e práticas sobre malária no bairro Muelé porque os conteúdos divulgados pela RM não coincidem na totalidade com a maneira como aquela população encara a doença e se protege dela. Teoricamente, baseamo-nos na teoria de construção social da realidade de Berger & Luckman (1979) e metodologicamente apoiamonos em dois procedimentos: a pesquisa de campo ou estudo de caso e a análise de conteúdo.

Palavras chave: Malária, Percepções Sociais, Práticas Sociais, Media.

ABSTRACT

The role of media regarding diseases has been recognised in Mozambican; especially malaria.

Rádio Moçambique (RM) has been producing and radio broadcasting program that sensitize individuals not to adopt behaviours considered risk regarding malaria.

This monograph aims to study the role of media regarding practices and social perceptions of the main objective is to understand how influences people's perceptions of Muelé, Inhambane city.

The study identified people's practices and social perceptions regarding malaria at Muelé, the results were compared with the contents of the program of malaria of RM.

The argument is that RM program regarding malaria does not influence people's practices and their perceptions about the disease because the program does not take into account the social context where it is spread.

The context of RM program reproduce Government and NGO's speech and actions and do not determine how people understand, prevent and treat malaria.

Hipotetic-Dedutive method was used to formulate the research problem.

The results showed that the Radio Mozambique malaria contents program don't influence the social perception and practices about malaria because the contents put out the social aspects of Muelé people's, such as habits, belief.

The study was based on the theory of social construction of the reality of Berger & Luckman (1979).

To collect data we used interviews and direct observation.

Key words: Malaria, Social perception, Social practices, Media.

Glossário

ADRA : Adventist Development and Relief Agency

CMCI : Conselho Municipal da Cidade de Inhambane

DPS : Direcção Provincial de Saúde

HIV-SIDA : Vírus de Imunodeficiência Humana – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

MC : Malária Consortium

MISA : Media Institute of Southern Africa

MISAU : Ministério da Saúde

OMS : Organização Mundial da Saúde

ONG : Organização não Governamental

PNCM : Programa Nacional de Combate à Malária

RM : Rádio Moçambique

UEM : Universidade Eduardo Mondlane

UNICEF : Fundo das Nações Unidas para Infância

INTRODUÇÃO

A malária é considerada um dos principais problemas de saúde no mundo. Segundo a Malaria Consortium (MC, 2006), a malária afecta mais de 100 países da América, Ásia, Europa Oriental, Oceânia e África e estima-se que anualmente ocorrem cerca de 300 milhões de casos graves da doença em todo o mundo destes, cerca de um milhão resultam em mortes. Ainda de acordo com a MC (2006), maior parte dos casos de malária (90%) e mortes pela doença ocorrem no continente africano, principalmente na região a sul do Sahaara, onde a doença se manifesta de forma mais grave e mortal.

A Malária Consortium refere ainda que o paludismo como também é designada a doença, representa 40% das despesas de saúde pública, 30% dos internamentos e 50% das consultas externas em zonas onde a transmissão é grande como é o caso da África Subsahariana. A malária é desta forma, segundo a Malária Consortium, a principal causa de morte no continente sendo as crianças menores de cinco anos de idade as maiores vítimas.

Moçambique, país da África Sub-Sahaariana, não se encontra alheio a este quadro epidemiológico. Segundo o Ministério da Saúde (MISAU, 2007), a malária é a principal causa de problemas de saúde no país e é também a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos. Anualmente, mais de 36 000 crianças morrem devido a doença que é igualmente responsável por 40% de todas as consultas externas e 60% das consultas internas nas enfermarias da pediatria refere a Malaria Consortium.

O Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) e organizações parceiras do MISAU organizam e financiam programas de combate a doença e umas das apostas é a comunicação para saúde ou seja, a sensibilização da população sobre os perigos da malária por meio dos órgãos de comunicação social. Os conteúdos incidem sobretudo na prevenção.

Nesta monografia, apresentamos os resultados do estudo que empreendemos sobre o papel da *media* na construção das percepções e práticas sociais sobre a malária. Mais especificamente, ocupamo-nos em estudar a influência dos temas sobre malária difundidos na Rádio Moçambique (RM) na construção das percepções e práticas sociais sobre a Malária dos residentes do bairro Muelé na cidade de Inhambane.

O objectivo central do estudo é estudar as possíveis relações entre os conteúdos sobre malária divulgados pela RM e a construção das práticas e percepções sociais sobre a malária. Para tal, fizemos uma análise de conteúdo do programa que fala sobre malária na Rádio Mocambique e confrontamos com aquilo que os habitantes de Muelé dizem ser a malária e como se previnem dela no dia a dia.

Partimos do pressuposto de que a imprensa desempenha um papel importante na formação da opinião pública e construção das práticas quotidianas dos indivíduos e, por essa razão, ela é vista como um instrumento útil para a difusão de mensagens que levem os indivíduos a mudarem comportamentos e hábitos considerados perigosos para a sua saúde. É nesse sentido que programas televisivos e radiofónicos, *spots* publicitários e cartazes têm sido usados como “armas” para alertar as pessoas sobre os perigos de doenças como cólera, HIV-SIDA, Malária, etc.

A RM, rádio com maior cobertura no país, tem difundido informações sobre malária através do programa radiofónico Mozkito e tal informação é ouvida e consumida pelos seus ouvintes. Diante disso, há que perceber se essa informação influencia ou não a forma como estes actores sociais (ouvintes) constroem suas práticas em matérias de prevenção e combate a malária bem como, perceber que relações se podem estabelecer entre a informação sobre malária que é difundida pela RM e as práticas que os indivíduos adoptam no que concerne à doença.

Procuramos responder a seguinte questão: *de que modo os conteúdos sobre malária difundidos pelo programa Mozkito da RM influenciam na construção das práticas e percepções sociais da população de Muelé em Inhambane sobre a malária?* Como resposta antecipada a esta questão, levantamos duas hipóteses que guiaram o processo de pesquisa.

Na primeira hipótese entendemos que por não considerarem os aspectos sociais da malária (hábitos, comportamentos, representações, valores), os temas sobre a doença que são difundidos pela RM não participam na construção das percepções e práticas sociais da população dos moradores do bairro Muelé na cidade de Inhambane a volta da malária. A segunda hipótese que tomamos é a de que os conteúdos dos temas sobre malária difundidos pela RM reproduzem os discursos e ações do Governo e das Organizações Não Governamentais (ONG's) de combate à malária daí que, não influenciam as percepções e práticas dos moradores do bairro Muelé, em relação à malária.

A teoria de base que escolhemos para elaboração desta monografia, é a *construção social da realidade de Berguer & Luckman (1978)*. Segundo estes autores, toda a realidade é uma construção social os indivíduos, nos seus processos interactivos uns com os outros e com as instituições sociais, participam activamente da construção dessa realidade. A malária é uma doença que fazendo parte da realidade, também é construção social na medida em que, a volta dela existem instituições, símbolos e significados.

O argumento que defendemos usando a teoria da construção social da realidade, é o de que a *media* – estando em interacção com os habitantes de Muelé em Inhambane – é parte integrante do processo de construção social da malária. Nesse sentido, procuraremos perceber o papel que a *media* (neste caso a RM) desempenha na construção das práticas da população em matérias ligadas ao combate e prevenção da malária.

Metodologicamente, combinamos dois procedimentos: a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo. Na pesquisa bibliográfica procuramos informações, estudos e documentos que nos pudessem ajudar a formar a perspectiva que apresentamos bem como, informações epidemiológicas e biomédicas sobre a doença. Na pesquisa de campo procuramos identificar as práticas e percepções em torno da malária para poder aferir as possíveis relações entre estas e os conteúdos sobre a doença que são difundidos pela RM. Fizemo-lo através da observação participante e das entrevistas semi-estruturadas aos 36 moradores do bairro, Muelé seleccionados aleatoriamente.

Os principais conceitos que usamos são *práticas sociais, percepções sociais e malária*; usamos outros conceitos complementares, também definidos ao longo da monografia tais são:

instituições sociais, interiorização e representações sociais. Estes conceitos são permanentemente cruzados e articulados com a informação que obtivemos.

O tema e a pesquisa são pertinentes na medida em que nos permitiram identificar os sucessos e as lacunas na comunicação virada para a doença, por um lado, e por outro, para a classe jornalística, no sentido em que é uma avaliação do que é produzido em termos de informação sobre malária e, sobretudo, se essa informação tem influências sobre as práticas da população em matérias de prevenção e combate a malária.

Mais do que conhecer as características dos conteúdos sobre malária veiculados pela RM, vamos perceber como eles estão estruturados, que objectivos se pretende alcançar com eles e de que modo influencia ou não as práticas e percepções sociais dos consumidores dessa informação. É uma abordagem de grande interesse para a Sociologia da Saúde pois procura identificar e compreender os elementos sociais que participam na construção social da doença e a relação entre cultura e doença.

Esta monografia comporta quatro capítulos. No primeiro mostramos como construímos o objecto da pesquisa, apresentando os objectivos, o enquadramento teórico, a justificação e a pertinência do estudo. No segundo capítulo traçamos a quadro epidemiológico da malária em África e em Moçambique; a ideia principal é criar enquadramento contextual ao tema desenvolvido. No terceiro capítulo procedemos a apresentação dos resultados da nossa pesquisa onde descrevemos o local de estudo, a população estudada, suas práticas e percepções em torno da malária. É neste capítulo onde apresentamos a sinopse do programa sobre malária que é radiodifundido pela RM de Inhambane.

O quarto e último capítulo é reservado a discussão dos resultados da pesquisa, apresentamos uma discussão analítica em torno das práticas e percepções a volta da malária e se a RM desempenha algum papel na construção das mesmas. Confrontamos os resultados da pesquisa e a teorização e perspectivação feitas na concepção do projecto de estudo. Depois, apresentamos as considerações finais.

CAPÍTULO 1

JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DA PESQUISA

A malária é das doenças que mais mata em África. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), a malária mata entre 1 a 3 milhões de pessoas em todo o mundo e cerca de 90% desses casos de mortes ocorrem em África, sendo a zona subsaariana do continente a mais afectada pela doença. Por seu turno, o MISAU (2006) refere que Moçambique está entre os países mais afectados por esta doença endémica que é responsável por 15% das doenças da população e pela elevada taxa de mortalidade materno-infantil. Estima-se em cerca de 40 000 o número de crianças que morrem por ano devido a malária em Moçambique.

Vários programas e organizações de combate à malária tem sido delineados com vista a controlar esta doença e, no quadro destes, a imprensa tem assumido um papel importante na difusão de informação sobre malária para a população. A Constituição da República Moçambique (2004) consagra o direito à informação a todos os moçambicanos entretanto, para que esta informação seja salutar é necessário que a mesma aconteça com qualidade e segurança e obedecendo a realidade dos consumidores.

Esta análise prende-se com o facto da *media* ser considerada, pelas organizações governamentais e não governamentais de combate à malária, um dos principais veículos para a difusão de mensagens de combate a doença. A RM é o órgão de comunicação social com maior alcance em Moçambique, as suas emissões e programas são emitidos nas mais diversificadas línguas e em todas províncias do país. Neste estudo, tendo em conta o alcance da RM, estudamos os temas que esta difundiu em Inhambane durante o ano de 2009 e que está ligada à malária.

Mais do que conhecer as características dos conteúdos sobre malária veiculados pela RM, vamos perceber como eles estão estruturados, que objectivos se pretende alcançar com eles e de que modo influenciam ou não as práticas e percepções sociais dos consumidores da informação sobre a malária. É um contributo grande para a literatura sociológica na medida em que combinamos

discussões teóricas da Sociologia da Saúde e da Sociologia da Comunicação. Procuramos trazer aqui discussões sobre a dimensão social da saúde e da doença.

Moçambique é um país da África Sub-saariana e encontra-se numa das regiões mais afectadas pela malária no mundo. Apesar do envolvimento da *media* em acções de combate à malária, esta doença continua a matar e a afectar indivíduos o que nos leva a perguntar até onde efectivamente a *media* participa na construção das práticas e percepções sociais dos indivíduos em torno da malária? Será que os conteúdos sobre malária que são divulgados nos *media* levam realmente a que os indivíduos mudem seus comportamentos com relação a doença?

CAPÍTULO 2

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

1.4 – Revisão de Literatura e colocação do problema

A *media* tem abordado tanto em forma de reportagens teledifundidas, radiodifundidas ou escritas, assuntos relacionados com a malária. Os programas Malaria da TVM e Mozkito da RM são exemplos. As abordagens privilegiam, sobretudo, dados estatísticos em relação a casos da doença, internamento nos hospitais, número de óbitos devido a malária, métodos preventivos promovidos pelo MISAU e parceiros bem como a participação das comunidades nas acções de prevenção. Acredita-se que através da informação se pode levar a população a mudar suas práticas, não somente com relação a malária, mas também com relação a outras doenças.

Contudo, um estudo sobre a cobertura jornalística da malária por parte da imprensa escrita realizado pelo UNICEF (2007) indica que maior parte dos artigos sobre malária publicados pelos jornais diários e semanais nomeadamente, Jornal Notícias, Diário de Moçambique, Domingo, Savana, Zambeze e O País, tem um carácter informativo e não apelativo ou seja, as notícias sobre malária, independentemente da forma como foram colhidas, chegam quase sempre em forma de informação e não levam os consumidores da mesma a reflectirem e a mudarem de comportamento com relação a doença.

O estudo compreendeu análise simples dos temas e conteúdos de 57 artigos publicados de Janeiro a Outubro de 2007 nos jornais acima referidos e chegou a conclusão de que a malária é um dos temas de saúde mais reportados pelos *media*. Concluiu porém que o jornalismo investigativo não é prática nos órgãos de comunicação social daí que estes limitam-se a relatar accões desenvolvidas pelas autoridades de saúde.

Um outro estudo sobre a cobertura jornalística da criança na imprensa em Moçambique, realizado pelo MISA – Moçambique (2008), cujo objectivo era avaliar o nível de cobertura de assuntos sobre crianças no país, concluiu que as notícias publicadas pelos jornais Notícias, Domingo, Diário de Moçambique, Savana, Zambeze, O País e Magazine Independente no

período de Janeiro a Novembro de 2008, abordaram questões da oferta de redes mosquiteiras a mulheres grávidas e a crianças (considerados o segmento mais vulnerável), campanhas de prevenção que o Governo desenvolveu ou pretendia levar a cabo e números de óbitos devido a doença.

O mesmo estudo considera que os conteúdos das abordagens dos *media* acima referenciados mostram que a investigação sobre práticas das comunidades sobre a malária ainda não é uma prática corrente dos jornalistas, uma vez que constatou-se que a maior parte dos artigos foram concebidos como parte da cobertura de eventos levados a cabo, quer pelo Governo, quer por organizações da sociedade civil e parceiros de desenvolvimento e não como resultado de uma iniciativa de investigação por parte dos *media*. O estudo concluiu também que os números estatísticos apresentados nos artigos não foram acompanhados de explicação qualitativa sobre o significado dos mesmos.

As pesquisas do UNICEF (2007) do e MISA – Moçambique (2008) acima referidas, não referem no entanto, se as abordagens sobre malária veiculadas nos órgãos de comunicação referidos influenciam as percepções e práticas sociais dos receptores da informação. É deste ponto que parte esta pesquisa. No nosso entender, há que perceber, primeiro quais são as práticas e representações da população com relação a doença e, segundo, perceber a possível relação das mesmas com os conteúdos sobre malária que são veiculados pelos *media*. Os estudos do UNICEF e MISA apresentam a lacuna de não fazer abordagem analítica sobre a malária.

Estudos sociológicos e antropológicos realizados sobre malária fazem abordagens sobre as percepções e representações sociais a volta da doença bem como a construção social da malária. Tais são os exemplos das monografias levadas a cabo por Bavo (2003) e Mussá (2004), o primeiro no bairro de Infulene no município da Matola e o segundo na Maxixe na província de Inhambane.

Bavo (2003) defende que “a questão da malária não existe essencialmente; o que a torna real é consciência e o consenso institucional sobre a sua existência” (Bavo, 2003:1). A malária, na óptica deste autor, é algo que não tem existência essencial, é uma doença socialmente construída pelos actores sociais no quadro das suas interacções no quotidiano e a solução da mesma passa necessariamente pela compreensão das mais complexas relações sociais a volta da malária.

O autor supracitado defende uma perspectiva construtivista para estudar questões ligadas à saúde e doença, mais particularmente a malária pois, a doença, mesmo tendo manifestações biológicas, é socialmente vivida. Aqui, o interesse consiste em “saber como a malária é socialmente construída e mostrar como esta doença transforma-se em problema social” (Bavo, 2003:5). De acordo com o autor, a malária torna-se um problema social na medida em que impede os indivíduos de realizarem certas tarefas bem como, pelo facto de existir um esforço institucional visando combater a doença.

Portanto, discutindo a questão da construção social da doença, um dos argumentos centrais do autor é o de que “a visibilidade social da malária é dada pelo recurso dos actores aos seus efeitos para justificar determinados actos” (Bavo, 2003:5), tornando-se assim a doença, algo socialmente construído e que não existe fora das relações sociais que os indivíduos estabelecem no seu quotidiano. Nesta perspectiva, há para nós que perceber como é que a RM participa na construção social da malária na comunidade de Muelé.

A abordagem de Mussá (2004) não difere muito das ideias que acabamos de apresentar, contudo orientada mais para perceber como é interpretada a malária pelos indivíduos no quadro das suas interações quotidianas. Para esta autora, estudar a malária pressupõe também “analisar as percepções que a comunidade (...) tem sobre a malária, assim como a relação [*entre essas percepções*] com a procura de cuidados de saúde” (Mussá, 2004:5).

Esta autora está mais preocupada com a questão das percepções sociais que são construídas à volta da doença e, no seu entender “as percepções que os indivíduos têm sobre a malária são condicionadas, por um lado, pelos processos de inculturação e endoculturação e, por outro lado, pelas redes de relações que os indivíduos mantêm uns com outros” (Mussá, 2004:5).

Privilegiando uma abordagem antropológica, esta autora esforça-se em perceber a possível relação entre o meio social circundante e as percepções sociais construídas a volta da doença. Na ordem deste raciocínio, “há que compreender como os comportamentos humanos sobre a doença se moldam pelos significados sociais e culturais [*daí ser necessário uma*] abordagem sócio-antropológica [*no estudo da malária*]” (Mussá, 2003:9).

Estes estudos nos oferecem importantes elementos para a construção do nosso objecto de análise na medida em que trazem dados importantes sobre como devemos abordar a malária enquanto doença socialmente construída, entendida e manifesta. Entendemos que estes estudos apresentam a lacuna de não fornecer dados sobre a influência das várias instituições (Rádio, Escola, Igreja etc) na construção social da malária. Contudo, o interesse da nossa pesquisa olha para o papel da *media* na forma como são construídas as práticas e percepções a volta malária.

Para o nosso estudo, e complementando as abordagens existentes, partimos de princípio que há um conjunto de elementos sociais circundantes que determinam a forma como os indivíduos constroem os significados sociais da doença. Um desses elementos é a imprensa, tida pelo PNCM e organizações que se dedicam ao combate da doença nomeadamente, Malária Consortium, Roll Back Malária, UNICEF, ADRA e outras, como um dos principais veículos para a difusão de mensagens sobre como a malária deve ser combatida e prevenida.

“Os *media* podem desempenhar um papel crucial no apoio às acções do Governo e parceiros no combate a esta doença endémica, divulgando as intervenções em curso e informando as comunidades sobre as práticas de higiene e de prevenção, e as opções de tratamento disponíveis” (UNICEF, 2007:01).

Partindo dos estudos supracitados, e numa abordagem sociológica, é nossa preocupação central perceber como a *media* influencia na forma como os indivíduos constroem o significado da malária e, principalmente, como a imprensa participa nas práticas dos indivíduos com relação a doença. Pegando nestes pressupostos, a questão de partida desta pesquisa é:

- ✓ De que modo os conteúdos das abordagens sobre malária difundidos pelo programa Mozkito da RM influenciam na construção das práticas e percepções sociais da população da cidade de Inhambane a volta da malária: o caso do Bairro Muelé, na cidade de Inhambane (2009)?

1.5 – Hipóteses

Como respostas antecipadas ao problema e à pergunta anteriormente colocada, entendemos que:

Hipótese 1:

- ✓ Os temas sobre a doença difundidos no programa Mozkito da RM não influenciam na construção das percepções e práticas sociais da população dos moradores do bairro Muelé na cidade de Inhambane sobre a malária, por não considerarem os aspectos sociais da malária (hábitos, comportamentos, representações, valores).

Hipótese 2:

- ✓ Os conteúdos dos temas sobre malária difundidos pela RM reproduzem os discursos e ações do Governo e das ONG's de combate à malária, daí que não influenciam as percepções e práticas dos moradores do bairro Muelé, em relação à malária.

1.6 – Objectivos

O objectivo geral deste estudo consiste em:

- ✓ Estudar a influência dos conteúdos sobre malária divulgados pela Rádio Moçambique na construção de tais práticas e percepções sociais a volta da doença.

Para o alcance do objectivo geral do estudo definimos como objectivos específicos:

- ✓ Comparar as percepções e práticas sobre malária da comunidade com os conteúdos sobre a doença que são divulgados nos programas sobre malária da RM;
- ✓ Identificar as práticas preventivas e percepções da população de Muelé a volta da Malária;
- ✓ Analisar os elementos que intervêm na construção das percepções da comunidade de Muelé a volta da malária.

CAPÍTULO 3

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

3.1. Enquadramento Teórico

Neste ponto do capítulo em curso, apresentamos o quadro teórico e os conceitos que usamos ao longo da nossa pesquisa. Assumimos que as práticas e percepções sobre a malária, são socialmente construídos nos processos de interacção entre os actores sociais e tendo em conta o contexto em que estão inseridos. Neste sentido, entendemos que a *teoria da construção social da realidade* defendida por Berger & Luckman (1978) é a que melhor explica o nosso objecto.

Segundo estes autores, toda realidade é socialmente construída pelos actores sociais nos seus processos interactivos do quotidiano. A realidade é construção social na medida em que o homem – que a constrói – é produto social saído de um processo dialéctico entre *realidade objectiva* e a *realidade subjectiva*.

Na óptica de Berger & Luckman (1978), a *realidade objectiva* refere-se a institucionalização das normas e regras que conduzem a interacção entre os actores sociais e a *realidade subjectiva* é referente a interiorização, por parte destes actores sociais, dessas normas e regras sociais, o que lhes permite a interpretação e atribuição de sentido aos acontecimentos e factos que os rodeiam. A realidade social é uma realidade objectiva e igualmente uma realidade subjectiva, existente institucionalmente e interiorizada pelos indivíduos através da socialização.

Em outras palavras Berger & Luckman (1978) defendem ser na realidade objectiva onde se objectiva ou se cria uma determinada realidade através de um processo de institucionalização que consiste na tradução dos elementos culturais (símbolos, valores, representações) em normas que orientam o comportamento dos indivíduos de uma determinada colectividade. É o que Durkheim chamou de facto social ou seja, algo que se impõe aos indivíduos independente da sua vontade possuindo por isso um carácter exterior e coercivo.

As instituições, quando cristalizadas num determinado contexto, se exprimem de forma objectiva, algo existente e que determina o comportamento dos indivíduos, suas interacções com

os outros e com o meio que os rodeia. Contudo, há um processo de interiorização dessas instituições sociais ou seja, para que as regras e normas sociais se efectivem, elas devem ser interiorizadas pelos indivíduos, o que acontece através da socialização.

No processo de socialização os indivíduos aprendem as instituições sociais, aprendem a agir e se comportar de acordo com as regras, com as normas que a sociedade criou; os actores sociais interiorizam e precisam agir de acordo com estas instituições sociais para que se possam relacionar com os outros. A subjectivação da realidade acontece na medida em que o indivíduo apreende e interioriza as instituições sociais e as usa para legitimar a realidade social. A realidade, enquanto socialmente construída, deve ser mantida externamente, nas relações entre os homens e internamente, na forma como o indivíduo a apreende e a usa para interpretar o mundo (Berger & Luckman, 1978).

Apesar de possuir um carácter coercivo e exterior aos indivíduos, esta realidade objectiva é produto das interacções entre os indivíduos. Berger & Luckman (1978) defendem que o homem é quem constrói a realidade e ao mesmo tempo que é dela produto; o homem cria as regras, as normas e as instituições que posteriormente determinarão como este deve se comportar e se relacionar com os outros. “A sociedade é um produto humano. A sociedade é uma realidade objectiva. O homem é um produto da sociedade” (Berger & Luckman, 1978:87).

Portanto, do ponto de vista da teoria de construção social da realidade, há um processo dialéctico na construção da realidade social: por um lado a institucionalização (das normas, regras de conduta e de interacção) e, por outro lado a interiorização dessas instituições, um processo possível através da socialização a que os indivíduos estão sujeitos desde a nascença. Os indivíduos são expostos antes dos *media*, pela socialização primária. Entretanto, a socialização é um processo permanente e contínuo pois, até a morte os indivíduos aprendem e interiorizam novos conteúdos e maneiras de estar e, nesse sentido, os *media* são um agente importante na socialização secundária dos indivíduos.

Operacionalmente, nos interessa estudar a forma como são institucionalizadas as práticas dos indivíduos com relação a malária, por um lado e, por outro lado, nos interessa perceber como essas práticas são interiorizadas, replicadas e reproduzidas pelos indivíduos no seu quotidiano.

Aliás, “toda actividade humana está sujeita ao hábito. Qualquer acção frequentemente repetida torna-se moldada em um padrão” (Berger & Luckman, 1978:77).

A malária segundo esta teoria é socialmente construída; ela existe como tal na medida em que é objectivada a partir do momento em que é institucionalizada com a criação de organizações que se dedicam ao seu combate – hospitais, ministérios, ONG’s – e institucionalização dos seus sintomas – febres altas, dores de cabeça, náuseas, dores nas articulações, entre outros. Importa referir que estas características ou melhor, os sintomas, são biológicas e reais. Contudo, ela é construída socialmente na medida em que ela é percebida de forma diferente entre vários contextos que possuem suas normas, valores etc.

A malária é igualmente subjectivada na medida em que é interiorizada pelos actores sociais como sendo doença ou seja, quando os indivíduos sentem os sintomas acima descritos procuram em hospitais e outros locais a possível ajuda para curar-se. Neste processo dialéctico, um terceiro elemento operacional e de análise será utilizado: consiste em perceber se a *media* influencia ou não a forma como os indivíduos constroem o significado social da malária, as práticas e os hábitos que os expõem ou que os protegem desta doença.

O estudo da malária como construção social deve ser no sentido de perceber os aspectos sociais que intervêm na construção da doença e do seu significado; a *media* é um desses intervenientes que, difundindo mensagens de combate a doença, pretende mudar o comportamento e a prática dos indivíduos na prevenção da malária. O que é importante é perceber se realmente os *media*, mais particularmente a RM, desempenha um papel na forma como os actores sociais de Muelé percebem e combatem a malária e até que ponto influencia as práticas e percepções dos residentes de Muelé sobre malária.

3.2 - Definição dos Conceitos

Relativamente aos conceitos, na pesquisa e na elaboração da monografia usamos cinco nomeadamente: *práticas sociais, percepções sociais, malária, instituições sociais e interiorização*. A seguir definimos cada um deles e apresentamos a respectiva operacionalização ou seja, a forma como usamos cada conceito para captar o nosso objecto de pesquisa.

3.2.1– Práticas sociais

As *práticas sociais* se constituem enquanto “actividades sociais quotidianas, estruturadas normativamente, podendo se falar em razão prática ou saber prático” (Maia 2000:292). O que caracteriza as práticas sociais é a sua regularidade e o facto de serem reflexo da forma como se encontra organizada determinada sociedade. Neste sentido, estudando as práticas sociais damos enfoque a forma como os indivíduos organizam as actividades do seu quotidiano.

Segundo Coulon (1995), são as práticas sociais que permitem aos indivíduos construir o seu quotidiano e o estudo das mesmas, pressupõe a observação das acções e dos modos pelos quais os actores sociais interpretam e se relacionam com o mundo social. Há uma forte imbricação entre a forma como os indivíduos organizam suas práticas quotidianas e a estrutura social na qual estão inseridos.

No tocante ao nosso estudo, tomamos práticas sociais como as actividades sociais regulares dos indivíduos no seu dia a dia. Analisamos que práticas sociais são frequentes entre os habitantes de Muelé e que os tornam expostos ou não ao risco de contraírem a malária; mais ainda, analisaremos também a grau de participação da informação difundida pela RM na construção de tais práticas sociais.

3.2.2– *Percepções sociais*

Silvas & Egler (2006) definem percepção como tudo o que nos permite formar ideias, imagens e compreensões do mundo que nos rodeia. Para estas autoras, “o estudo da percepção pode revelar as ideias ou imagens e as impressões dos grupos em relação ao meio em que estão inseridos” (Silva & Egler, 2006:4).

Costa (2004:3) define percepção social como “uma imagem mental compartilhada pela comunidade num determinado período histórico, acerca dos objectos e dos acontecimentos do meio, explicando e simplificando a informação do meio social e físico envolvente”. Nestas duas definições está patente a ideia dos resultados da relação entre os indivíduos e os objectos que os rodeiam. Esta ideia nos remete aos conceitos de representações colectivas de Durkheim e representações sociais de Moscovici.

Durkheim (1898) apresenta o conceito de representações colectivas como a produção mental colectiva, e faz a ligação entre os conteúdos e a estrutura do pensamento colectivo nas formas de organização social. Em outras palavras, as representações colectivas são relativas a um determinado contexto ou sociedade que para existir e subsistir, produz representações que lhe são estruturalmente necessárias (*apud*. Vala, 1997).

Para Moscovici (1969), as representações sociais compreendem um sistema de valores, noções e de práticas relativas a objectos sociais, permitindo a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e de grupos, constituindo um instrumento de orientação da percepção e da elaboração das respostas e contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade. Este autor refere ainda que existem 3 critérios para a análise das representações sociais.

O primeiro critério é o quantitativo: representação é social na medida em que é comum e partilhada por um grupo. No segundo critério, o genético, o autor diz que uma representação é social na medida em que é colectivamente produzida, processo que ocorre através das interacções que os indivíduos de um grupo estabelecem entre si. Assim sendo, as representações sociais são produto de interacções e dos fenómenos de comunicação no interior de um grupo

social reflectindo a situação desse mesmo grupo (problemas, estratégias de sobrevivência, projectos), sendo portanto, produto da actividade cognitiva e simbólica de um grupo social.

O terceiro critério apresentado por Moscovici (1969) diz respeito a funcionalidade – as representações sociais são entendidas como contributo para os processos formadores e de orientação das comunicações e comportamentos. As representações sociais também têm a função de organizarem o comportamento dos indivíduos com relação aos objectos e com relação aos outros; quando em interacção com determinada realidade ou objecto, o indivíduo age de determinada maneira influenciado pelas suas representações sociais em torno dessa realidade ou objecto.

Por seu turno, Chauí (1996) considera que percepção é a síntese das sensações e a sensação é o que nos dá as qualidades dos objectos e os efeitos internos dessas qualidades sobre nós. Para esta autora, a percepção é a forma como os indivíduos, enquanto membros de uma sociedade, percebem os significados e os valores das coisas, o seu sentido ou função. É essa percepção que oferece um acesso ao mundo dos objectos práticos e instrumentais ou por outra, “orienta os indivíduos para a acção quotidiana e para as acções técnicas mais simples” (Chauí, 1996:130).

Na nossa monografia usaremos a definição de Chauí (1996) por considerarmos que esta melhor se enquadra na explicação do nosso objecto. Para tal, definimos percepções sociais como sendo a maneira como os indivíduos percebem os significados e os valores das coisas enquanto membros de uma sociedade, acedendo ao mundo dos objectos práticos que os orientam na vida quotidiana.

Aplicando o conceito de percepções sociais ao nosso objecto de estudo, entendemos que os residentes do bairro Muelé na cidade de Inhambane percebem e orientam as suas práticas sobre malária enquanto membros de um contexto determinado. As práticas e os comportamentos dos residentes do bairro Muelé em Inhambane com relação a malária enquadram-se num conjunto de normas e valores aí vigentes. Assumimos que os residentes de Muelé possuem uma maneira própria de perceber e orientar as práticas do seu dia-a-dia, derivada do facto de pertencerem àquele contexto específico.

3.2.3– *Instituições sociais*

Berger & Luckman (1979) definem *instituições* como sendo a tradução dos elementos culturais ou seja, ideias, símbolos e valores, em normas, papéis e regras que exercem um controle sobre a acção e interacção que os indivíduos estabelecem como membros de uma determinada colectividade. Quando cristalizadas, as instituições passam a ter uma existência que antecede os indivíduos fazendo com que estes últimos as considerem independentes da sua vontade, factos inegáveis e diferentes de uma construção humana. O mesmo acontece com os significados construídos a volta da malária.

No nosso entender, as percepções e práticas sociais da população de Muelé em relação a malária estão instituídas através de regras e normas socialmente construídas. O que a população entende sobre a malária é instituído e o nosso propósito nesta pesquisa é perceber como são construídas tais instituições e se podemos falar de um possível papel da *media* na edificação das mesmas.

Consideramos importante referir que as práticas e instituições sobre a malária instituídas na comunidade de Muelé exercem sobre aquela colectividade um controle sobre a interacção que eles estabelecem entre si como se tratando de algo que os transpõe mas, que ao mesmo tempo é pertença daquele grupo social.

3.2.4– *Interiorização*

Tal como fizemos na definição de instituições, a definição de interiorização que aqui trazemos é no quadro do construtivismo de Berger & Luckman (1979) – teoria escolhida para estudar o nosso objecto de pesquisa. Na teoria construtivista, a interiorização se refere a “apreensão ou interpenetração *imediate* de um acontecimento objectivo como dotado de sentido, isto é, como manifestação de processos subjectivos de outrem, que desta maneira se torna subjectivamente significativo para mim” (Berger & Luckman, 1979:174).

A interiorização é deste modo, um processo através do qual a realidade é apreendida na consciência dos indivíduos (individual). O mundo objectivado e socialmente construído no

processo de interação dos indivíduos é reintroduzido na consciência do indivíduo, este processo ocorre através da socialização. É a socialização, por sua vez, que permite ao indivíduo a incorporação dos conhecimentos orientadores da sua conduta em um determinado contexto.

Operacionalmente, o conceito de interiorização será usado para perceber como os indivíduos interiorizam as práticas e comportamentos que a sociedade constrói; ou seja, perceber como os indivíduos interiorizam as instituições sociais passando daí a se comportar de acordo com as expectativas que a sociedade tem para com eles.

Na comunidade de Muelé existem práticas e comportamentos instituídos a volta da malária; tais práticas e comportamentos são transmitidos aos indivíduos através da socialização e são elas que conduzem as ações dos moradores da comunidade; porque a socialização é contínua, é de grande interesse perceber se os conteúdos sobre malária difundidos pela RM são interiorizados e praticados pelos residentes de Muelé.

3.2.5– Malária

A malária é, segundo o PNCM (2006), uma doença não contagiosa entre seres humanos, provocada por um parasita chamado *Plasmodium* que é transportado pelo mosquito fêmea *anopheles*. A malária é também definida como “uma doença parasitária causada pela picada de mosquitos do grupo Plasmodium”(Manual de Medicina, 2006:569). O mesmo manual de medicina refere que, a fêmea do mosquito *anopheles* inocula esporozoítos no ser humano durante uma refeição de sangue. Os esporozoítos são transportados para o fígado e se reproduzem assexuadamente, produzem merozoítos que entram na corrente sanguínea que invadem os eritrócitos e tornam-se trofozoítos.

Depois de consumir e degradar progressivamente as proteínas intracelulares (principalmente hemoglobina), os trofozoítos tornam-se esquizontes. Quando os eritrócitos rebentam, o ciclo repete-se com a invasão de outros eritrocitos. O Manual de Medicina (2006) – que apresenta uma abordagem biomédica – refere que a febre e sintomas inespecíficos (cefaléia, fadiga, dores musculares) ocorrem no início da doença. A malária é assim tida, como uma doença biológica.

Para efeitos da nossa pesquisa e do ponto de vista sociológico, definimos malária como uma doença construída pelos indivíduos no seu processo de interação, com base em manifestações físicas resultantes de sintomatologias atribuídas as conseqüências da picada do mosquito fêmea *anopheles*. Aqui, encaramos a malária como uma doença tornada real pelos indivíduos, através de sintomas visíveis (dores de cabeça, nas articulações, náuseas, calafrios, vômitos) ou seja, objectivados (através de manifestações tipificadas pelos indivíduos) e subjectivados na medida em que estes mesmos indivíduos interiorizam tais sintomas tipificados e a doença como algo que os transcende. Apesar dela existir independentemente dos indivíduos, é interpretada por estes de forma diferente e obedecendo a contextos determinados.

A malária é a doença que analisamos neste estudo e queremos saber se a *media* influencia ou não a construção das práticas e percepções sociais dos residentes de Inhambane a volta da doença.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

Em termos de abordagem, nesta pesquisa pautamos pelo método hipotético-dedutivo. Historicamente ligado às ciências naturais, o método hipotético-dedutivo funda-se na observação e experimentação; para as quais o pesquisador vai tendo previamente formulado um problema ao qual responde através de hipóteses de respostas (Demo, 2000).

Usamos o método hipotético-dedutivo na medida em que as etapas seguidas na elaboração desta pesquisa vão ao encontro dos procedimentos previstos neste método nomeadamente, formulação de um problema e construção de hipóteses. Nesta pesquisa, após termos construído o problema, apresentamos as possíveis hipóteses sobre como a *media* participa ou não na construção das práticas e percepções sociais a volta da malária; tais hipóteses foram sujeitas à verificação através da pesquisa empírica que efectuamos no bairro de Muelé.

Em termos de procedimentos, nesta pesquisa combinamos dois métodos: o método monográfico e a análise de conteúdo. O método monográfico ou estudo de caso está orientado para o estudo de determinados indivíduos, grupos profissionais, comunidades, tendo em vista produzir resultados passíveis de generalizações.

O método monográfico foi usado na medida em que procuramos estudar um caso específico – o papel da RM na construção das práticas e percepções sociais da população do bairro de Muelé a volta da malária – sendo que as conclusões obtidas, serviram para estabelecermos relações entre os conteúdos veiculados pela *media* sobre a malária e as práticas e percepções da população sobre a doença.

Quanto a análise de conteúdo, optamos por este método porque pretendemos perceber o papel da *media* na construção das práticas e percepções a volta da malária daí que, analisamos os conteúdos do programa sobre saúde que passa na RM provincial de Inhambane, sua periodicidade e origem. Feitos estes exercícios, procuramos analisar o papel desses conteúdos na construção das práticas e percepções da população de Inhambane a volta da malária.

A observação directa e as entrevistas foram as técnicas usadas na pesquisa. Na observação directa, procuramos ver as práticas quotidianas da população e se essas práticas são ou não de risco com relação a malária. Observamos aspectos como a frequência com que a população ouve rádio e se ouve programas relacionados com saúde que a RM passa na sua grelha de programação.

A pesquisa é basicamente qualitativa. Contudo, recorremos a estatística para o processamento de dados. As entrevistas foram semi-estruturadas ou seja, comportaram algumas questões fechadas e outras abertas. A grande vantagem deste tipo de entrevistados é permitir que nalgumas questões os entrevistados desenvolvam mais as questões colocadas e permitam colher mais dados sobre o que nos propomos compreender.

Trabalhamos com um universo total de 37 indivíduos residentes no bairro Muelé na cidade de Inhambane. 18 do sexo masculino e 19 do sexo feminino. Deste grupo de entrevistados, aos quais pedimos e obtivemos autorização, procuramos explorar e perceber as representações e percepções a volta da malária, bem como as determinantes sociais que os levam a determinadas práticas que os expõem ou previnem da malária.

O recurso à estatística também foi importante para a compreensão do nosso objecto. Através da estatística cruzamos respostas de forma a obter informação sobre como a RM participa ou não na construção das práticas e percepções sociais da população de Muelé a volta da malária.

A escolha dos entrevistados foi aleatória e compreendeu 1 membro de cada família. Entendemos que importa referir que deperamo-nos com dificuldades para a recolha de dados por parte do Hospital Provincial de Inhambane e no Centro de Saúde de Muelé. Destes locais soubemos que os responsáveis encontravam-se nos distritos da província de Inhambane a acompanhar as campanhas de vacinação. Contudo, obtivemos breves informações da directora provincial de saúde através de uma entrevista concedida à Televisão de Mocambique sobre uma feira de saúde realizada naquela província e que teve a malária como enfoque.

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

5.1– Situação geo-espacial de Inhambane e caracterização do bairro Muelé

A cidade de Inhambane, na zona sul de Moçambique é a capital da província com o mesmo nome. Situado a 480 km da capital moçambicana Maputo e a 30 km da Estrada Nacional 1 (EN1), o município de Inhambane possui uma superfície total de 192 km². É uma cidade potencialmente turística pois, as suas praias atraem muitos turistas nacionais e estrangeiros e entre elas, as mais conhecidas praias da Barra, Tofo, Tofinho e das Rochas.

Segundo os dados do Terceiro Recenseamento Geral da População e Habitação (Censo 2007), a cidade de Inhambane tem uma população estimada em cerca de 65 147 habitantes que vivem em 22 bairros urbanos e semi-urbanos. O núcleo da cidade é antigo e representa a herança colonial portuguesa, suas residências são construções de alvenaria muito antigas. Nos bairros periféricos e semi-urbanos há um misto de tipos de habitação: casas de alvenaria a mistura, com casas feitas a base da palmeira do coqueiro, aliás, um dos elementos mais abundantes na paisagem da cidade de Inhambane é a palmeira.

A cidade de Inhambane é maioritariamente habitada pelo grupo étnico *Bitonga* sendo que *Matswas* e os *Chopes* estão em menor número. Grande parte da população ocupa-se em actividades agro-pecuária, pesca e comércio. É possível encontrar, nas imediações dos bairros, algumas pequenas propriedades agrícolas do sector familiar e ao longo da orla marítima, é mais notória a presença de alguns acampamentos de pescadores artesanais.

O bairro de Muelé, o campo da nossa pesquisa, não tem características muito distantes das que forma mencionadas acima. Muelé I é um dos 22 bairros do município de Inhambane e tem uma população estimada em mais de 40 mil habitantes (INE, 2007). São habitantes que vivem em casas de construção mista que envolve material convencional e local. Usam-se blocos, cobertura de chapas de zinco ou placa de cimento e, nalgumas situações, as folhas de palmeira, neste caso coqueiros, são usadas para vedar o quintal ou mesmo para cobrir as casas.

O solo é arenoso nalgumas partes da zona baixa do bairro e maior parte dos quintais tem plantas, flores e árvores, incluindo coqueiros. Os espaços não habitados do bairro estão cobertos de capim e lixo e são propensos à formação de charcos durante o período chuvoso. Em alguns domicílios é prática queimar e enterrar o lixo no quintal devido a inexistência naquele bairro de um sistema de recolha de lixo.

Em Muelé I há também alguns lugares abandonados e desocupados: e que tem condições adequadas para a reprodução do mosquito pois, são cobertos de capim, lixo e neles se forma charcos ou se acumula água nos recipientes inutilizados durante o período chuvoso. É também notória a existências de flores e plantas de ornamentação nos quintais aliás, a densidade da população de plantas em Muelé I é enorme dado o facto de o bairro estar situado numa zona baixa e muito húmida.

As características acima descritas tornam o bairro extremamente propenso à malária pois tem as condições apropriadas para a reprodução do mosquito *anopholes*, portador do parasita causador da malária. Esta é a razão por que escolhemos Muelé I para campo de pesquisa; queremos estudar e perceber se as campanhas de combate a malária difundidas através da *media* tem alguma influência que nas práticas que os indivíduos adoptam com relação a malária naquele bairro, tomando e considerando que este é dos mais propensos à doença na cidade de Inhambane.

5.2– Situação epidemiológica da malária na província e cidade de Inhambane

O perfil epidemiológico da cidade de Inhambane não difere do que se regista na província. Neste ponto do presente capítulo apresentamos os dados inerentes à malária em Inhambane de forma a termos uma base sobre a qual discutimos a questão das percepções e práticas sociais sobre malária. Segundo a DPS Direcção Provincial de Saúde de Inhambane (DPS, 2010), a província de Inhambane foi caracterizada por uma redução em 17% dos casos de malária, uma redução de 455 954 casos em 2008 para 375 578 casos em 2009. Contudo, apesar desta redução, o número de óbitos relacionados com a malária aumentou: em 2008 foram registados 99 óbitos contra 138 de 2009, uma subida de cerca de 39%. Maior parte das vítimas, refere a DPS (2010), são crianças com menos de 5 anos de vida.

Na cidade de Inhambane os casos de malária também reduziram. Em 2009 foram notificados 27 012 contra 39 265 de 2008; trata-se de casos confirmados da doença. A redução dos casos de malária na província de Inhambane pode estar relacionada com o facto de os laboratórios terem sido equipados com tecnologia que permite o diagnóstico rápido e confirmado da doença (DPS, 2010). Anteriormente, os pacientes eram submetidos ao diagnóstico clínico ou seja, apenas com base em sintomas que os doentes apresentavam pois, não haviam condições laboratoriais para testes de sangue.

Contudo, apesar da redução dos casos, as autoridades de saúde de Inhambane referem que a malária ainda é o principal problema de saúde pública, é a principal causa de morbilidade (internamento) nas unidades sanitárias daquela província. Para combater a doença as entidades de saúde têm empreendido campanhas de sensibilização, distribuição de redes mosquiteiras e pulverização intra e extra domiciliária. Em 2008 foram distribuídas 5 120 redes contra 6 000 distribuídas em 2009.

Entretanto, devido às chuvas intensas que caíram sobre a cidade de Inhambane em Dezembro de 2009 e que aumentaram a densidade do mosquito na cidade, a DPS intensificou a pulverização extra-domiciliária no município. Mesmo com acções de sensibilização, pulverização e distribuição de redes mosquiteiras, persistem algumas dificuldades no combate a malária entre elas, a falta do diagnóstico rápido da doença e a recusa de alguns indivíduos em pulverizar as suas residências.

Na cidade de Inhambane por exemplo, apenas 55% das 239 301 residências foram pulverizadas (DPS, 2010) e apesar da exiguidade de fundos para cobrir a totalidade das residências, algumas não foram pulverizadas porque os proprietários se recusaram. Não há dados estatísticos disponíveis na província sobre os bairros mais afectados pela malária no município de Inhambane contudo, bairros em zonas baixas como Muelé, pelas suas características, apresentam condições propícias para a reprodução do mosquito causador da malária.

5.3– Caracterização da amostra: perfil dos entrevistados

A nossa amostra é composta por 37 residentes do bairro Muelé dos quais, 17 são do sexo masculino e 19 do sexo feminino; suas idades variam entre 19 e 44 anos e em termos de escolaridade, 4 nunca frequentaram a escola, 1 tem nível superior, 6 tem nível básico, 16 tem ensino médio concluído, 1 tem nível primário e os restantes 9 ainda estão em processo de formação escolar.

Todos nossos entrevistados falam língua portuguesa entretanto, referem que se comunicam melhor na língua *Bitonga*. Em termos de ocupação, grande parte das mulheres por nós entrevistadas ocupam-se em actividades domésticas enquanto os homens trabalham fora do fórum doméstico. Em termos de sexo e estado civil, a nossa amostra se encontra distribuída conforme mostra a tabela que se segue.

		Estado civil			Total
		Solteiro(a)	Casado(a)	Viúvo(a)	
Sexo	Masculino	10	3		17
	Feminino	10	6	1	19
Total		20	9	1	36

Tabela 1: Distribuição dos entrevistados em função do sexo e do estado civil.

Uma das primeiras questões para as quais procuramos respostas é se os entrevistados tinham ou não um receptor de rádio em casa e se tinham, ouviam ou não a RM. Para esta questão, 29 responderam que tinham receptor enquanto 7 responderam que não tinham. Dos 29 que afirmaram ter receptor de rádio em casa, 2 afirmam que não ouvem RM, 9 afirmaram que muito raramente ouvem RM e 18 afirmaram que ouvem RM com frequência. Alguns dos entrevistados que afirmaram não ter receptor de rádio em casa afirmaram que ouvem a RM em casa de amigos e vizinhos e, principalmente, através dos telemóveis. Contudo, nossos interlocutores vêem mais televisão do que ouvem rádio.

Relativamente à língua, dos que responderam terem ouvido a RM, 15 responderam que o ouviram em português, 1 em *Bitonga*, 1 em *Xitswa* e os restantes 13 já ouviram em mais de uma língua. Desses, apenas 9 afirmam ser ouvintes frequentes do programa em causa enquanto que os restantes 21 muito raramente o escutam.

Apresentadas as características dos nossos interlocutores, a sua relação com a RM e, sobretudo, com programa sobre malária desta estação de rádio, vamos agora analisar os conteúdos veiculados pelo programa Mozkito e, a partir daí, encontrar as possíveis relações entre esses conteúdos e as práticas e percepções com relação à malária.

5.4– A Malária na *media*: o programa Mozkito da RM

O programa Mozkito foi desenhado por uma empresa de marketing e publicidade denominada Íris. É apresentado de forma faseada, compreendendo cada fase a duração de 3 meses: a primeira fase aconteceu de Fevereiro a Março de 2009 nas rádios comunitárias de Homoine na província de Inhambane, Encontro na província de Nampula e Sem Fronteiras em Cabo Delgado. Nesta fase os programas eram produzidos localmente, contudo, obedecendo ao mesmo perfil e estrutura que mais abaixo apresentaremos.

Segundo a MC, organização de combate a malária e patrocinadora do Mozkito, a experiência de emitir o programa em rádios comunitárias não foi boa uma vez que, foram encontradas dificuldades para a monitorização e avaliação do mesmo. A MC refere ainda que o relatório sobre o impacto do programa não foi suficientemente claro para avaliar se as abordagens contribuíam ou não para prevenir a malária nas comunidades.

A MC optou por emitir as seguintes fases do programa na Rádio Moçambique. Neste sentido, a segunda fase do programa Mozkito decorreu de Novembro de 2009 a Fevereiro de 2010 com emissões em português, transmitidas aos domingos das 12 às 13 horas, a partir da sede em Maputo para todo o país. A terceira fase do Mozkito ocorreu de Abril a Junho de 2010 também com transmissões aos domingos das 18 às 19 horas.

Segundo percebemos das edições do programa Mozkito a que tivemos acesso, as transmissões tem duração de 1 hora, são apresentadas por dois locutores e compreendem a transmissão de

notícias sobre a doença em várias províncias do país, música variada, concursos via telefone e emissão frequente de *spots* educativos sobre a doença cujo conteúdo apela ao uso de rede mosquiteira impregnada, eliminação de charcos, evitar a exposição à picada de mosquito. O programa refere ainda a necessidade de usar roupa comprida nos passeios nocturnos, a eliminação do lixo e cascas de coco.

As notícias emitidas no programa apresentam depoimentos de responsáveis das direcções provinciais de saúde sobre a situação da doença e as acções levadas a cabo pelo Governo para o seu combate; retratam a vulnerabilidade das crianças a malária devido ao seu baixo sistema imunológico. Apresentam, igualmente, estatísticas sobre óbitos, internamentos e episódios da doença.

Sobre o uso da rede mosquiteira, é frequente ouvir-se apelos ao longo do programa no sentido de que “a rede mosquiteira não é para pesca mas, para proteger da picada do mosquito” (Locutor do programa). Repetidamente, os locutores referem-se aos métodos de prevenção da malária e ao tratamento correcto da doença. O extracto transcrito de uma das passagens do programa ilustra isso:

“É possível tratar a malária. Se não for bem tratada, ela deixa sequelas sérias. Auxilie o baygon com rede mosquiteira”(Locutora do programa).

Segundo a sua sinopse, o programa Mozkito tem como pano de fundo a prevenção da malária. Os métodos preventivos indicados são essencialmente:

- ✓ Eliminação de charcos;
- ✓ Uso de rede mosquiteira
- ✓ Evitar exposição à picada do mosquito
- ✓ Tratamento adequado da malária para evitar complicações
- ✓ Eliminação de cascas de coco

Segundo os objectivos descritos no perfil, o programa Mozkito pretende contribuir para:

- ✓ Sensibilizar e aumentar significativamente o número de pessoas que dormem por baixo de uma rede mosquiteira;
- ✓ Sensibilizar as pessoas a colaborarem com a campanha de pulverização intra e extra-domiciliária;

O programa Mozkito compreende várias rubricas e espaços interactivos pois, segundo descrito no seu perfil, deve sensibilizar sobre a prevenção da malária, garantindo aumento da audiência, objectivo pelo qual o programa passa música variada. Há um permanente recurso à interacção com os ouvintes, através de telefonemas, onde são testados os conhecimentos destes acerca da malária. Há um apelo à constante prevenção e apresentação de dados estatísticos e informações sobre a situação de malária no país.

CAPÍTULO 6

O PAPEL DA *MEDIA* NA CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS E PERCEPÇÕES A VOLTA DA MALÁRIA

Depois de apresentarmos um panorama sobre como é difundida a malária na RM e como a população de Muelé percebe e se previne da doença, vamos agora discutir os resultados que obtivemos, interpretando-os e analisando-os de acordo com as propostas teóricas e conceptuais da Sociologia da Saúde. O principal ponto da nossa análise tem a ver com as fontes de informação da população de Muelé sobre a malária.

Apenas alguns interlocutores que entrevistamos disseram que obtiveram os conhecimentos sobre malária na RM. Referem-se à falta de higiene individual ou colectiva, beber muita cerveja ou exposição ao sol como algumas das causas da malária. Nossos entrevistados disseram terem aprendido tais práticas na RM e na Televisão o que nos leva a concluir que eles fazem confusão das fontes onde obtêm informação uma vez que os media privilegiam explicações biomédicas da doença e estas não se enquadram naquelas.

Há interlocutores que se informam sobre a malária através de Jornais, Televisão, activistas, palestras proferidas nos hospitais, através das pessoas que a comunidade acredita serem conhecedoras de informações (anciãos, pastores, estudiosos etc) e em conversas que se desenrolam no quotidiano. As conversas que tivemos com os nossos interlocutores permitem-nos dizer que maior parte das informações sobre malária obtidas pelos residentes do bairro Muelé, são fornecidas durante as palestras proferidas durante as consultas pré-natais como demonstram os depoimentos a seguir:

“Muitas das coisas que eu sei sobre malária aprendi no hospital. Quando vamos com nossos filhos para as consultas ou quando eles apanham malária, lá no hospital ensinam que essa doença é por causa do mosquito. Quando deram aquelas redes mosquiteiras ensinaram como é que é para usar. Ensinaram que é preciso proteger as crianças, não

deixar água de qualquer maneira depois da chuva porque isso provoca mosquito” (Telma Alexandre, 30 anos, sem escolaridade).

“Eu busco informação sobre como me prevenir da malária no hospital, na rádio e nas campanhas públicas que o hospital costuma organizar. Vejo naqueles cartazes coisas que escrevem. Também, quando vamos as consultas costumam explicar o que é malária e como devemos fazer para nos curar e evitar o mosquito (Sónia João, 32, nível médio).

No bairro Muelé, as mulheres demonstraram maior conhecimento sobre prevenção, procura de cuidados de saúde e tratamento da malária. São elas que beneficiam de palestras sobre esta doença quando se dirigem as consultas pré-natais.

Numa entrevista com E. T., directora provincial de Saúde de Inhambane, a que assistimos na Televisão de Moçambique, soubemos que as mulheres cumprem rigorosamente com as orientações dadas pelos agentes de saúde para prevenção e cura da malária. Por exemplo:

“Eu não sei essas coisas. Minha mulher é que sabe. Costuma aprender isso tudo no hospital. Pergunta a ela.” (Alberto, 29 anos, sem escolaridade).

Uma outra entrevistada com quem conversamos disse-nos:

“Meu filho apanhou malária. Tinha dores de cabeça, do corpo todo e não comia. Tinha falta de apetite. Assim que vi esses sintomas levei logo ao hospital. Tinha medo de perder meu filho como dizem no hospital que quando a pessoa não seguir aquilo que ensinam sobre malária, pode piorar. Faço tudo que ensinam nós lá na consulta (Anónima, 32 anos, nível médio).

Alguns indivíduos do sexo masculino disseram que obtiveram informações sobre malária nas unidades sanitárias quando procuram cuidados de saúde. As campanhas de vacinação foram também referidas como uma ocasião em que as pessoas obtêm conhecimentos sobre saúde em particular, malária. É nos locais como unidades sanitárias, campanhas de sensibilização sobre os riscos da malária e *spots* televisivos que a população de Muelé se informa sobre como identificar a malária e o que fazer quando os sintomas da doença surgem.

Esta constatação é elemento determinante para que concluamos que os conteúdos sobre malária passados na RM não influenciam a forma como os indivíduos entendem e se previnem da malária.

Existe também a questão da auto-medicação e o recurso a tratamentos locais como o consumo da água de *cacana* fervida. Para o caso do consumo da água de *cacana*, este método de cura é muito antigo e mostra que a convivência com a malária é anterior ao advento da biomedicina naquela comunidade; isto leva-nos a concluir que determinadas práticas e percepções em torno da malária foram sendo transmitidas de geração e continuam condicionando os indivíduos na sua relação com os sintomas de malária. É uma prática que se transmite entre os indivíduos da região de Muelé.

A auto-medicação tem outra dimensão, a dimensão dos sintomas: muitos dos sintomas da malária se confundem com os de outras doenças e isto leva a que os indivíduos se auto-mediquem com a dosagem de malária sem ter ido ao hospital. Ou seja, sempre que um indivíduo sente dores de cabeça, calafrios, náuseas e dores nas articulações automedica-se por suspeitar ser malária. Contudo, os apelos do Mozkito tem sido no sentido dos indivíduos se dirigirem à unidade sanitária mais próxima.

“Agora já sei. Quando tenho dores de cabeça, do corpo todo e falta de apetite, tomo os comprimidos que tenho aqui em casa. (Anónimo, 42 anos, sem escolaridade).

CAPÍTULO 7

A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA: A MALÁRIA VISTA PELA POPULAÇÃO

Neste subcapítulo procuramos discutir as percepções sociais que a população de Muelé tem a volta da malária. As percepções sociais são aqui entendidas por a maneira como os indivíduos percebem os significados e os valores das coisas enquanto membros de uma sociedade, tais percepções sociais não devem ser vistas desligadas do contexto em que ocorrem pois elas acontecem em contextos marcados por diferenças sociais, económicas e individuais. Isto permite a coexistência de concepções distintas em momentos distintos e em sociedades distintas ou até mesmo dentro de uma mesma sociedade (Sousa e Oliveira, 2002).

Uma das questões que procuramos responder na nossa pesquisa empírica é se os entrevistados ou algum membro de suas famílias já foi afectado pela malária. Todos a excepção de 1, afirmaram que já apanharam malária. Identificam a malária em função de determinados sintomas – febres altas, dores de cabeça, dores nas articulações, náuseas e vômitos.

Durante as entrevistas, cruzamos duas questões importantes: primeiro, se os interlocutores procuram cuidados de saúde quando acometidos pela malária e se sim, onde é que procuram tais cuidados. O quadro que se segue ajuda-nos a compreender as respostas que obtivemos dos entrevistados.

		Se sim, onde procuram tais Cuidados?		Total
		Nos hospitais e clínicas	Outras respostas	
Procuram cuidados de saúde quando um membro da família e afectado pela malária?	Sim	32	4	36
Total		32	4	36

Tabela 2: Experiência da doença e procura de cuidados de saúde.

A tabela 2 mostra-nos que todos os interlocutores quando em situação que acreditam ser malária, procuram cuidados de saúde. A maioria (32 indivíduos) referiu que busca tais cuidados nos hospitais e clínicas e a outra parte (4 indivíduos) admite a possibilidade de outro tipo de tratamento para além do oferecido nas unidades de saúde. Falaram-no de procurar cuidados com os anciãos da comunidade e nas igrejas.

No bairro Muelé, nosso campo de estudo, coexistem vários termos para designar a malária mas, há a destacar os termos “*dzedzedze*” e “*fewere*” que traduzidos para português significam tremores de frio e febre respectivamente. Apesar de se referirem a mesma coisa, diferem na especificidade que cada uma das duas expressões remete a compreensão da malária. São termos construídos localmente, sem influência dos conteúdos sobre malária divulgados pela RM.

Pelo que observámos em Muelé, “*dzedzedze*”, o termo mais usado, refere-se a casos em que um indivíduo tem febres, dores de cabeça, do corpo em geral e tremores de frio (calafrios), o que remete imediatamente a malária pois são os sintomas que um indivíduo com malária apresenta. Em outras palavras, a comunidade de Muelé usa o seu “stock de conhecimento”, muitas vezes transmitido de geração em geração ou acumulado no processo de interação entre os indivíduos, para tipificar e denominar as doenças, neste caso particular a malária.

Como percebemos, o termo “*dzedzedze*”, provém das experiências da comunidade de Muelé e enquadra-se dentro da cultura local. Através da associação de sintomas “característicos” da malária, atribuíram nome com base na sua língua local.

“*Fewere*”, por sua vez, é usado para designar qualquer outra doença febril quando os sintomas mais comuns da malária identificados pela comunidade ou seja, quando dores do corpo, de cabeça, febres e calafrios não estão presentes. Em outras palavras, uma vez que a comunidade identifica a malária através de febres e que estas são também sinal de outras doenças, as pessoas usam o termo “*fewere*” para designar malária mas também outras doenças febris.

A coexistência dos termos “*dzedzedze*” e “*fewere*” para designar malária surgem das experiências quotidianas e da cultura local dos indivíduos. São eles que as “criam” a partir da experiência tácita obtida na sua convivência com os sintomas da malária. Porém, quando se diz “*dzedzedze*” o indivíduo está com malária e “*fewere*” refere-se a uma possibilidade de estar com

a doença. Além dos sinais acima descritos que a comunidade usa para identificar a malária, alguns interlocutores referiram-se a outros sinais como vômitos e diarreias.

Acerca deste assunto alguns entrevistados disseram:

“Quando tenho dores nas articulações, náuseas, vômitos, dores de cabeça e calafrios, sei logo que estou com malária” (Dirce de Jesus, 22 anos, nível médio).

“Já não apanho malária há bastante tempo mas conheço muito bem os sintomas. Basta perceber que eu ou algum familiar meu está com dores nas articulações, febre, vômitos, diarreia e falta de apetite para saber que se trata de malária” (Sônia João, 32, nível médio).

“Sempre que a pessoa tem febres constantes, dores nas articulações, vômitos e diarreias deve saber que está com malária” (Telma Alexandre, 30, sem escolaridade).

Através dos extractos das conversas acima, concluímos que os habitantes de Muelé adquirem conhecimento tácito que os permite classificar os sintomas da malária. É este conhecimento acumulado que os permite identificar a malária. Estes conhecimentos provêm da experiência de vida quotidiana e, independentemente dos conteúdos sobre malária transmitidos pela RM, a população de Muelé, possui o seu “stock de conhecimento” baseado nas experiências empíricas de convivência com a doença.

Outro dado importante é que na comunidade de Muelé a identificação da malária não passa necessariamente pela coexistência de todos os sintomas que a comunidade apresentou. A coexistência de febres, calafrios e dores do corpo em geral apenas, pode ser um sinal de alerta para a comunidade e a presença de outros sinais associados ou não a estes, também pode ser sinal de identificação da malária.

Se a comunidade de Muelé constrói a sua ideia sobre malária e tipifica os sintomas para identificar a presença ou ausência da malária, também constrói no seu quotidiano os seus conhecimentos sobre os métodos de transmissão da doença; tais conhecimentos obedecem as percepções que eles têm sobre a malária. No terreno constatamos que, apesar de terem ouvido

falar ou saber o que é malária ou já ter tido um episódio da doença, os indivíduos tinham dúvidas sobre o agente transmissor.

Contudo, muitos indivíduos com nível académico superior, médio e básico referiram-se à picada do mosquito, a falta de higiene pessoal, colectiva e alimentar como causas que estão na origem da malária. Os extractos de conversas informais tidas com os interlocutores ilustram isso:

“As pessoas apanham malária quando não lavam as mãos antes de comer, quando andam sujas e também quando são picadas com mosquito” (Anónimo, sem escolaridade).

“A pessoa apanha malária quando não tem higiene. Tem que tomar banho, andar limpa. Para além disto tem que lavar as mãos e os alimentos antes de comer. Assim não apanha malária” (Dércio Jeremias, 27 anos, nível básico).

A análise de conteúdo do programa Mozkito da Rádio Moçambique sobre malária, permitiu concluir que as abordagens sobre a doença referidas pela comunidade de Muelé não derivam da sua influência. Existem outras fontes de informação nas quais os indivíduos buscam informação sobre as causas e as origens dos sintomas que acreditam serem de malária. Tal informação está ligada ao contexto e as interacções sociais entre os habitantes de Muelé.

A malária é uma doença com a qual a comunidade de Muelé convive no seu dia a dia e os sintomas da mesma muitas vezes confundem-se com os de outras doenças. Por outro lado, a convivência com o mosquito é bastante antiga daí que as pessoas não acreditam que a malária seja transmitida apenas pela picada.

“As pessoas apanham malária quando não lavam as mãos antes de comer, quando andam sujas e também quando são picadas com mosquito” (António Muringa, 37, nível básico).

Estas situações podem explicar o facto de as pessoas incluírem a falta de higiene nas causas de transmissão da malária. As experiências da vida quotidiana são vividas pelas populações da comunidade de Muelé independente do seu nível de formação e de informação. Outras pessoas

referiram-se apenas a picada do mosquito como única via de transmissão da malária ao homem, tendo algumas pessoas, referido tratar-se do mosquito fêmea do género *Anopheles*.

“O que origina a malária são os mosquitos Anopheles. Estes é que provocam a malária nas pessoas” (Aida Rodrigo Chapo, 34 anos, nível médio).

“As pessoas apanham malária a partir da picada do mosquito anopheles. É a fêmea de um tipo de mosquito abundante em Moçambique. É ele que transmite a malária para as pessoas” (Anónimo, 48 anos, nível médio).

O facto interessante é que apenas alguns indivíduos que possuem nível académico superior e médio é que falam do mosquito fêmea e referem ter lido nos jornais e visto na televisão contudo, os níveis de conhecimento das vias de transmissão da malária não variaram linearmente de acordo com o nível académico o que nos leva a concluir que o nível académico não é condição determinante para níveis de conhecimento em relação à malária. Se, por um lado, interlocutores com nível médio e superior incluíram para além da picada do mosquito a sujidade, por outro lado, os interlocutores com nível básico e sem instrução fizeram o mesmo (a malária transmite-se por sujidade das mãos, dos alimentos e pela picada do mosquito).

Outros indivíduos, de todos os níveis académicos referidos, disseram não saber como é que se transmite a malária:

“Não sei o que é que origina e como se transmite a malária. Dizem muitas coisas como sujidade, mosquito, meio ambiente mas, eu não sei ao certo o que é que origina a doença e como se transmite” (Luís Ali, 36 anos, nível básico).

“Eu não sei o que poderia dizer. Não sei o que transmite a malária. Fala-se de muita coisa. Até de espíritos maus mas, não sei bem” (Anónimo, 47 anos, Bacharel).

“Não sei o que é que causa malária. Não sei como se apanha. Minha mulher é que ouviu essas coisas no hospital (Henrique Chiromane, 31 anos, nível médio).

Esta incerteza deve-se por um lado, a escassez de informação detalhada sobre a doença por parte da Rádio Moçambique e, por outro lado, ao facto de maior parte dos interlocutores viverem numa zona, neste caso Muelé, onde o mosquito faz parte do seu quotidiano.

No bairro de Muelé, os níveis de conhecimento sobre a transmissão da doença também mostraram variação de acordo com o sexo. As mulheres, principalmente as mães e mulheres grávidas, têm mais informações sobre as causas da malária. Segundo elas, tais informações não foram obtidas através da RM: são informações obtidas através da sensibilização quando se dirigem as unidades sanitárias onde recebem, igualmente redes mosquiteiras e a explicação de como usá-la. MISAU (2006) considera as mulheres grávidas são um grupo bastante vulnerável à malária.

7.1 - Dimensão Religiosa da Doença

É possível encontrar ainda outras explicações e causas da malária no imaginário da população de Muelé:

“A malária é uma peste que veio para castigar os homens que insistem em viver no pecado Quando a pessoas está próxima de Deus, Ele a protege e dessa forma, fica livre de contrair a malária. Mas, quando as pessoa se distancia de Deus então abre as portas para apanhar a peste. As pessoas se distanciam cada vez mais de Deus, ignorando os seus mandamentos que apelam a uma vida recta ou seja, livre do pecado. O pecado traz várias pestes e a malária é uma delas. Ataca Aqueles que vivem em pecado” (Laurinda Marrima, 42 anos, 12^a classe).

Este trecho ilustra como as percepções dos indivíduos sobre a malária derivam do contexto em que estão inseridos. No âmbito religioso, elas encontram explicação nas leis sobrenaturais: as representações sobre saúde e doença são produto das interações sociais que se estabelecem entre os indivíduos enquanto membros de uma congregação religiosa, regida por normas assentes na concepção do mundo terrestre a partir de uma visão sobrenatural.

Para a nossa interlocutora, a malária, uma doença que se manifesta no mundo físico, provém do sobrenatural, resulta do enfraquecimento das relações do homem com o seu criador (Deus). Esta interpretação da doença, deriva da socialização religiosa tida pela autora das palavras. A igreja é uma das instituições que participa na concepção do mundo nos indivíduos que estão nela inseridos e condiciona a maneira como os indivíduos encaram o mundo que os rodeia, do qual faz parte a doença.

Resumindo, os nossos interlocutores apresentaram várias causas da malária mas, muitas referem-se ao mosquito como a principal. A sujidade, falta de higiene pessoal, colectiva e alimentar vem depois o que nos aufere concluir que no processo de construção social da malária o conhecimento biomédico é tido em conta e participa no processo de construção social da doença. Assim sendo, a comunidade de Muelé usa as suas crenças, conhecimentos e valores sobre a malária para explicar a doença no seu contexto.

A convivência permanente com o mosquito leva a naturalização da convivência com a doença e o mosquito. Entre os nossos interlocutores há quem acredita que a malária faz parte do ciclo de vida dos indivíduos, faz parte do seu quotidiano como o ar, a chuva, etc.

7.3 – Práticas preventivas com relação à malária

As percepções que a comunidade de Muelé tem sobre a malária e suas vias de transmissão, influenciam as suas práticas quotidianas em relação a doença. A prevenção da doença é disso exemplo. Alguns interlocutores disseram que o mosquito é o vector transmissor da doença e orientam a suas defesas contra este agente como ilustram os depoimentos que se seguem:

“Ao dormir não esqueço de esticar a rede mosquiteira para evitar a picada do mosquito” (Sónia Leonardo, 32 anos, 12ª classe).

“Eu uso baygon e rede mosquiteira para me prevenir da malária. Com baygon mato os mosquitos para não me incomodarem. Mas, uso também a rede mosquiteira para se tiver restado um não me picar” (Juvêncio Pita, 20 anos, nível básico).

“Eu uso insecticida de baygon e rede mosquiteira” (Cláudio Manjate, 33 anos, nível superior).

Outros interlocutores disseram que o elemento que transmite a malária é a sujidade ou seja, a falta de higiene pessoal e colectiva, acumulação de lixo e mãos sujas. Assim incidem a sua prevenção sobre a limpeza do meio que os circunda (cortando relva, queimando folhas de coco etc.) e do seu próprio corpo.

“Para me proteger da malária durmo sempre debaixo de uma rede mosquiteira. Faço também a minha limpeza individual, lavo as mãos antes de comer, uso água potável ou fervida” (José Gaspar, 20 anos, nível médio).

“Para se prevenir da malária é necessário podar as plantas, não acumular água suja e eliminar os charcos. Não se deve esquecer de usar a rede mosquiteira (Dirce de Jesus, 22 anos, nível médio).

“Eu previno-me da malária garantindo um meio ambiente limpo a volta da minha casa. Corto a relva e evito deixar lixo” (Carlitos Carlos, 36 anos, nível básico).

Pelos extractos das entrevistas, podemos reparar que há um conjunto variado de práticas que a população local adopta para se prevenir da malária; são práticas que incorporam alguns elementos que não têm necessariamente a ver com a malária, são os casos da falta de higiene pessoal e colectiva e exposição ao sol. Há uma crença segundo a qual a falta de higiene individual e colectiva é o agente causador da malária e para se prevenir dala, os indivíduos devem manter-se limpos.

Algumas das práticas relativas à prevenção da malária nos remetem à ideia do combate ao mosquito: cortar a relva, esticar a rede mosquiteira, entre outras, são práticas que os residentes de Muelé aprendem nos hospitais quando recorrem aos serviços de saúde. Contudo e como vemos, há uma coabitação de práticas locais e práticas convencionais de combate à malária pois, as mais antigas práticas, como queimar folhas para afugentar mosquitos, ainda não foram abandonadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo que vimos, perguntamos e observamos, os conteúdos dos temas sobre malária difundidos pela RM não influenciam as percepções e práticas sociais sobre a malária na população da comunidade de Muelé na cidade de Inhambane. A nossa primeira hipótese confirma-se pois,

Por não considerarem os aspectos sociais da malária (hábitos, comportamentos, representações, valores), os temas sobre a doença difundidos no programa Mozkito da RM não participam na construção das percepções e práticas sociais da população dos moradores do bairro Muelé na cidade de Inhambane a volta da malária.

As informações sobre malária difundidas no programa Mozkito da RM não influenciam a maneira como os residentes de Muelé concebem a malária. Os conhecimentos populares que a comunidade possui e transmite são determinantes para as práticas sociais quotidianas em relação a doença. Dizemos que a RM não participa na construção das percepções e práticas sobre malária no bairro Muelé porque os conteúdos divulgados pela RM não coincidem na totalidade com a maneira como a população de Muelé encara a doença e se protege dela. No nosso entender, tal facto deriva de várias razões.

A primeira relaciona-se a hora em que o programa vai para o ar. A segunda fase do programa foi realizada durante três meses, foi transmitida aos domingos das 12 às 13 horas. Entendemos que aos domingos, muitas pessoas se dirigem as igrejas e parte delas poderá estar a regressar ou ainda na missa religiosa a hora em que o programa é transmitido. Nalgumas conversas informais com nossos entrevistados soubemos que alguns deles frequentam a igreja aos domingos. Por outro lado, existem pessoas que possuem machambas e aproveitam os finais de semana para se dirigirem a elas.

A segunda razão, no nosso entender, está relacionada com o facto de o programa ser transmitido de forma faseada. Cada fase dura três meses depois dos quais é interrompido por 3 meses. Entendemos que o tempo é bastante curto para sensibilizar as pessoas sobre uma doença tão naturalizada naquele meio e cujos conhecimentos populares estão cristalizados.

Outro factor tem a ver com a língua em que é transmitido. Pessoas por nós entrevistadas disseram que falam português mas, expressam-se e falam melhor em *Bitonga* e *Chope*. Ora, mesmo que tenham ouvido falar da malária em suas línguas, isto foi nos espaços noticiosos em língua local que a emissão provincial da RM em Inhambane transmite e nesses espaços de notícias, destaque é para apresentação de números e acções ligadas ao combate à malária. Os conteúdos do programa Mozkito são feitos em português e por vezes com recurso a palavras técnicas que não permitem a fácil compreensão por parte dos ouvintes.

Numa das edições do programa extraímos um apelo:

“*Use rede mosquiteira impregnada com insecticida*” (Locutora do programa).

Como vemos, mais do que ser em português, a linguagem não é acessível à população, palavras como *insecticida* e *impregnação* são de alguma maneira inacessíveis para indivíduos que não dominam a língua portuguesa aliás, se perguntássemos aos residentes de Muelé o que significam essas palavras, encontraríamos muitas dificuldades dos mesmos nas respostas. Partimos do pressuposto que quanto mais corrente for a linguagem mais fácil se torna a comunicação.

Para além das razões acima descritas, existe também o facto de não se fazer menção aos métodos locais e tradicionais de combate a malária. Do mesmo modo que o *fansidar*, a *cloroquina* e a *artemisina* funcionam no tratamento da doença, a *água de cacana fervida* também é usada e a população diz que tem sortido os seus resultados e o seu uso antecede a expansão da medicina.

Outro exemplo disso é a forma com o mosquito é combatido. Actualmente mais se fala da *rede mosquiteira impregnada* contudo, ficamos a saber que antigamente os moradores queimavam folhas de algumas árvores para afugentar os mosquitos; é um método tradicional, que ainda é usado e que surte seus efeitos porém, não tem sido mencionado nas agendas dos programas de combate à malária. Por outro lado, a análise de conteúdo do programa Mozkito permite-nos auferir que por reproduzirem discursos do Governo e das ONG's de combate a malária os quais não se baseiam nos aspectos sociais das comunidades em relação a doença mas nas acções que desenvolvem como cumprimento de planos de combate a malária, confirma-se a segunda hipótese pois,

Os conteúdos dos temas sobre malária difundidos pela RM reproduzem os discursos do Governo e das ONG's de combate à malária, daí que não influenciam as percepções e práticas dos moradores do bairro Muelé, em relação à malária.

O nosso estudo e as nossas análises permitem-nos concluir que as comunidades adoptam métodos e técnicas mais simplificados e acessíveis a elas para o combate e prevenção do mosquito causador da malária sem contudo abdicar da cultura na qual estão inseridas. Falamos de métodos como consumo de *água de cacana* e queima de folhas para fumigação. As suas experiências influenciam e a sua cultura guiam-nas na construção do mundo que as rodeia neste caso particular, da doença.

Como referem Uchôa e Vidal (1994), a cultura fornece modelos de e para construção de realidades sociais e psicológicas. É daqui que a comunidade encontra suas próprias formas de prevenir e interpretar a malária e por isso, defendemos que qualquer influência que se queira exercer na percepção e práticas das comunidades em relação a malária, deve considerar estes aspectos culturais que orientam a sua construção social do significado da malária.

Os conhecimentos das percepções que um grupo possui, neste caso os que a comunidade de Muelé possui, facilitarão a comunicação com os indivíduos desse mesmo grupo. Deste modo é possível construir interpretações que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles pois, os conhecimentos locais não devem ser ignorados no processo de comunicação para prevenção e cura da doença.

Para melhor obter sucesso na comunicação para mudança de comportamento em relação a malária, deve haver uma maior interligação entre a comunicação e as perspectivas comunitárias da doença pois, eles estão em contacto com outras formas de interpretação da doença. Aliás, em Muelé as comunidades privilegiam a sua própria explicação sobre a malária.

Defendemos que as comunidades poderão participar melhor no combate a malária e para tal, é fundamental que na comunicação a ela dirigida, sejam privilegiados aspectos sociais que guiam o seu comportamento. Só conhecendo as suas determinantes sociais sobre a doença é possível trabalhar sobre elas transformando-as em saberes novos sem que os próprios indivíduos se sintam *violentados* com as tentativas de mudança.

Apoiados no quadro teórico que usamos para esta pesquisa, concluímos ainda que a comunidade de Muelé constrói no seu processo de interação as suas próprias percepções sobre a malária. As percepções e práticas que a população de Muelé tem sobre a malária, derivam do contexto específico em que estão inseridos. Assim sendo, a malária é uma construção social na medida em que os residentes de Muelé, a interpretam tendo em conta o seu contexto específico. Os indivíduos que a constroem, são produto social saído de um processo dialético entre a realidade objectiva e a realidade subjectiva.

Nos seus processos de interação, os actores sociais de Muelé desenvolvem suas próprias explicações sobre a malária, que resultam da sua experiência com a doença. Estas explicações e representações se tornam institucionalizadas e interiorizadas pelos indivíduos, orientando o seu comportamento em relação a malária. Estas interpretações e atribuição de sentido a malária tornam-se cristalizadas. Os indivíduos relacionam-se a elas como algo que os transcende. Assim sendo, qualquer acção tendente a influenciar as percepções e práticas sociais de Muelé a volta da malária, deve tomar em conta os aspectos sociais da população de Muelé em relação a malária.

Para próximos estudos, recomendaríamos pesquisas comparativas sobre as vantagens e desvantagens da emissão de programas sobre malária nas rádios comunitárias em relação a Rádio Moçambique e em cadeia nacional. Entendemos que as rádios comunitárias, por estarem baseadas nas comunidades, usam as línguas e linguagens locais para designar as doenças e abordam temáticas do quotidiano local enquanto que os programas baseados na cidade de Maputo, para transmissão nacional, fazem-no obedecendo a realidades que podem não ser as das mais variadas realidades. As hipóteses foram confirmadas e com elas levanta-se um debate: até onde os diversos programas de combate às doenças tomam em consideração a dimensão social da saúde e da doença? Em diferentes contextos e locais, diferentes significados da saúde e da doença são construídos e qualquer tentativa de dar uma vida saudável à população, deve tomar em consideração as interações que estas mantêm com a doença ou seja, o significado atribuído à doença.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, P. C. E SOUSA, M. (1988). *Saúde e Doença: Um Olhar antropológico*. Fio Cruz editora. São Paulo.

BOTELHO, A. (2004). *Quimioterapia da malária: Anais da Escola Superior de Saúde Pública e Medicina Tropical*. Revista do Instituto de Medicina Tropical.

BERGER, Peter L. e LUCKMANN, Thomas. *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis: Editora Vozes, 1979.

CHAUÍ, M. (1996). *Convite à Filosofia*. Editora Ática. Brasil: São Paulo.

CLEMENT, A.(1997). *Dicionário Prático de Filosofia*. Lisboa: Terramar Editora, 2ª Edição.

COSTA da, D. (2004). *Interferir na Família: Expectativas de Reacção da Vítima de Violência Conjugal e da Comunidade por parte dos residentes do Conselho de Lisboa*. Lisboa. Disponível:<http://www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acesso a 10 de Fevereiro de 2010.

DIAS, J. *Participação, Descentralização e Controle de Epidemias no Brasil*. In: BARATA, R e LEÓN, R. (Org) (2000). *Doenças Epidemiológicas. Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais*. Rio de Janeiro: Fio Cruz. Pp. 269-297.

DGEDGE, M. *Et al.* (1999). *Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas das mães em relação a malária na zona suburbana da cidade de Maputo*. Parte 1 – Malária e seu tratamento. Universidade Eduardo Mondlane (UEM.)

DGEDGE, M. *Et al.* (1999). *Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas das mães em relação a malária na zona suburbana da cidade de Maputo*. Parte 2 – Malária e sua prevenção, UEM.

DURKHEIM, Emile (1898). *Représentations individuelles et Représentations Collectives*, in *As Formas Elementares da Vida Religiosa*. Edições Paulinas, São Paulo.

FRANCO, A.T.A. (1987). *Manual de Microscopia da Malária*. Ministério da Saúde.

KLEINMEN, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: an explication of the border between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. USA: University of California Press.

OMS (2007) *A malaria em África*.

- LAKATOS, E. M. E MARCONI, M.A. (1991). *Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas Editora, 2ª edição.
- LAKATOS, E. M. E MARCONI, M.A. (199). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas Editora, 4ª edição.
- LE PLAY, Frederic. *La Méthode Sociale*. Paris: Méridiens Klincksieck, 1989.
- LOUSTAUNAU, M.O. e SOBO, E.J. (1997). *The Cultural Context of Health, Illness and Medicine*. London: Bergin e Garvey.
- LOBO, A. (s/d), *Dicionário de Filosofia*. Lisboa: Plátano Editora, 2ª edição.
- MAIA, E. e WALE, C. (2000). *Relatório de Estágio Rural*. UEM. Faculdade de Medicina.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. (2000), Plano Nacional de Controle da Malária: Plano de Acção 2000-2002. Edição local.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE, MISAU (2006). Programa Nacional de Controlo da Malária. Edição local.
- MALÁRIA CONSORTIUM (2006) A malária em Moçambique. Edição local.
- MARCONI, Marina de A. E LAKATOS, Eva Maria (2007). *Fundamentos da Metodologia Científica*. 2ª Edição, São Paulo, Atlas Editora.
- MANUAL DE MEDICINA (2006).
- MISA e UNICEF (2009). *A criança na imprensa: Uma análise da cobertura jornalística em 2008*. Maputo. Yeno Gráfica.
- MOSCOVICI S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar
- QUIVY, Raimond e CAMPENHOUDT, Luc Van (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição Traduzida. João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes.
- ROLL BACK MALÁRIA (2002). *O Paludismo em África*. Edição local.
- SILVA Da, L. E Egler I. (2006). *O estudo da percepção em espaços urbanos preservados*. Brasil. (Relatório ou Baseline não publicado).
- SHUTZ, Alfred. *Fenomenologia relações sociais – Colectânia de textos de Alfred Shutz*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

UNICEF e OMS (2000). *Prevenção e Tratamento de malária*. Janeiro, s/v, No 18.

UNICEF e OMS (2000). *Prevenção e Tratamento da Malária*. S.l. Janeiro, N: 18.

UCHÔA, E e VIDAL, J.M (1994). *Antropologia Médica: Elementos Conceptuais e Metodológicos para uma abordagem da Saúde e da Doença*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (4):497:504.

VALA, Jorge e MONTEIRO, Maria (1997). *Psicologia Social*. 3ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

VALLA, A (2000). *Reverendo o debate em torno da participação popular: ampliando a sua concepção em uma nova conjuntura*. In Barata, R. E. León, R.(org) (2000). *Doenças Epidemiológicas. Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais*. Rio de Janeiro: Fio Cruz. Pp. 63-83.

ANEXOS

I. Guião de questões para os residentes de Muelé sobre percepções e práticas sobre malária.

Questionário nº _____
SECÇÃO I – IDENTIFICAÇÃO
1. Nome _____
2. Sexo: a) Masculino <input type="checkbox"/> b) Feminino <input type="checkbox"/>
3. Idade _____
4. Estado Civil a) Solteiro (a) <input type="checkbox"/> b) Casado (a) <input type="checkbox"/> c) Divorciado (a) <input type="checkbox"/> d) Viúvo (a) <input type="checkbox"/> e) Vive maritalmente <input type="checkbox"/>
5. Escolaridade Classe que concluiu? _____
SECÇÃO II – SOBRE A RÁDIO
6. Tem um receptor de rádio em casa? a) Sim <input type="checkbox"/> b) Não <input type="checkbox"/>
6.1-Ouve com frequência a Rádio Moçambique? _____ _____
6.2- Se sim, quais os programas que mais gosta de ouvir na Rádio Moçambique? _____ _____ _____
6.2 Porquê gosta de ouvir tais programas? _____ _____ _____

SECÇÃO III – SOBRE PROGRAMAS DE SAÚDE NA RÁDIO

7. Já alguma vez ouviu um programa que fale de assuntos ligados à doenças e cuidados de saúde ao longo das emissões da RM?

- a) Sim b) Não

8. Ouve ou já alguma vez ouviu o programa sobre malária na RM?

- a) Sim b) Não

8.1 – Se sim, em que língua foi?

- a) Português b) Bitonga
b) Xitswa c) Chopi
d) Todas opções anteriores e) Outras línguas, especifique _____

9. O que é que mais gostou de aprender no referido programa?

10. – É ouvinte assíduo desse programa?

- a) Sim b) Não

11. Que avaliação faz do programa?

11.1 – O que é que mudou em si depois que passou a ouvir o programa em relação á malária?

SECÇÃO IV – SOBRE PRÁTICAS E PERCEPÇÕES A VOLTA
DA MALÁRIA

12. Tem se prevenido da malária?

- a) Sim b) Não

12.1 – Se sim, que medidas adopta para se prevenir da doença?

12.2 – Onde busca informação sobre como se prevenir da malária?

12.3 –Quais as medidas adoptadas pela comunidade para se prevenir da malária?

12.4 – O que é que mais se diz sobre malária aqui na comunidade onde vive?

12.5 –As informações que ouve no programa da Rádio Moçambique ajudam-no a se prevenir melhor da doença?

12.6- Em que outros meios de comunicação ouve assuntos sobre malária?

13. Já alguma vez você ou algum membro da família teve malária?

- a) Sim b) Não

13.1 – Se sim, descreva os sintomas que teve.

13.2 – O que é que fez perante a situação?

13.3 – Onde é que aprendeu tal procedimento?

14. Na situação em que um membro da família é afectado pela malária, procuram cuidados de saúde?

a) Sim b) Não

14.1 – Se sim, onde é que procuram por esses cuidados de saúde?

a) Nos hospitais e clínicas b) Nos curandeiros

c) Nos anciãos da comunidade c) Na igreja

d) Outros locais, especifique _____

14.1.2 – Se não, como é que tratam a malária?

15. – No seu entender, o que origina a malária?

16.- Há algo que quer dizer e que não perguntamos?
