

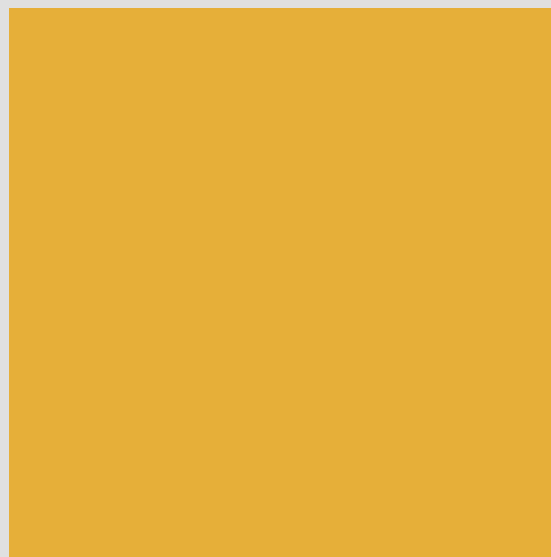


República de Moçambique
Direcção Provincial de Saúde de Nampula

malaria
consortium
disease control, better health

AUSCULTAÇÃO QUALITATIVA RÁPIDA

Percepções Locais Sobre Algumas Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) na Província de Nampula



Maputo, Maio de 2014



Ficha Técnica

Este estudo foi desenhado e realizado pela N'weti-Comunicação para Saúde e Malaria Consortium Moçambique, em colaboração com a Direcção Provincial da Saúde – Nampula. O financiamento para este estudo foi fornecido pela Fundação Bill & Melinda Gates.

Concepção e Coordenação

Sandrine Martin: **Malaria Consortium**

Análise dos dados

Sansao Dumangane e Denise Namburete: **N'weti Comunicação Para Saúde**

Edição

Marçal Monteiro: **N'weti Comunicação Para Saúde**

Recolha de dados

Dulce Maria Passades Pereira
Valdemar António

Apoio a implementação

Arlinda Martins, Direcção Provincial de Saúde de Nampula

Para mais informação, por favor contactar:

Malaria Consortium
Rua Joseph Ki'Zerbo, nº 191
Maputo - Moçambique
T+258 21490254
Cel. +258 84/82 3000236
www.malariaconsortium.org

índice

Agradecimentos.....	4
Abreviaturas.....	5
Sumário.....	6
I. Background.....	8
I.1. Enquadramento do Projecto no Contexto Moçambicano.....	8
II. Propósito e Objectivo da Auscultação.....	10
III. Metodologia.....	11
III.1. Abordagem de Recolha de Dados.....	11
III.2. Cobertura da Auscultação.....	14
III.3. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	15
III.4. Tratamento, Processamento e Análise dos Dados.....	15
III.5. Questões Éticas.....	16
III.6. Constrangimentos e Limitações da auscultação.....	16
IV. Resultados da Auscultação.....	17
IV.1. Perfil dos Participantes da Pesquisa.....	17
IV.2. Interpretação dos Cartazes.....	17
IV.2.1. Interpretação e Percepção Sobre Sinais e Sintomas.....	18
IV.2.2. Interpretação e Percepção Sobre Comportamentos de Risco.....	19
IV.2.3. Interpretação e Percepção Sobre Comportamentos Preventivos.....	21
V. Discussão dos Dados.....	23
V.1. Sinais, Sintomas e Nomeclatura.....	23
V.2. Comportamentos de Risco.....	26
V.4. Grupos Mais Vulneráveis/Afectados.....	29
V.5. Tratamento e Cura.....	29
V.6. Comportamentos Preventivos e Campanhas de Promoção da Saúde.....	31
VI. Barreiras Que Limitam a Prevenção e Procura de Serviços de Saúde.....	33
VII. Relevância das Ilustrações Usadas Durante a Auscultação.....	34
VIII. Notas Conclusivas e Recomendações.....	35
Bibliografia Consultada.....	36

Agradecimentos

Agradecemos às autoridades dos distritos de Mogovolas, Murrupula e Eráti, província de Nampula, e ao Escritório da Malária Consortium em Nampula, pelo apoio à implementação do estudo. Um agradecimento especial a todos os respondentes, membros e líderes das comunidades que generosamente deram o seu tempo e compartilharam suas opiniões e experiências.



Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMETRAMO	Associação Moçambicana de Médicos Tradicionais
APE	Agente Polivalente Elementar
CS	Centro de Saúde
DTN	Doença Tropical Negligenciada
DPS	Direcção Provincial da Saúde
EIP	Entrevista Individual em Profundidade
GFD	Grupo Focal de Discussão
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
MC	Malaria Consortium
MICC	Manejo Integrado de Casos na Comunidade
MISAU	Ministério da Saúde
PMT	Praticantes de Medicina Tradicional
SDSMAS	Serviço Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
US	Unidade Sanitária



Sumário

O presente relatório apresenta os resultados da Auscultação Qualitativa Rápida das Percepções Locais sobre as Doenças Tropicais Negligenciadas em três distritos da província de Nampula, nomeadamente: Mogovolas (Namelil), Murrupula (Chinga) e, Eráti (Namapa e Alua).

A recolha de dados no campo, teve lugar entre os dias 23 e 28 de Março de 2014 e, procurou olhar para a etiologia da doença (sinais e formas da manifestação), a representação social da doença (experiência, o possível estigma associado com formas avançadas) e estilos de vida da população-alvo dos distritos de implementação do projecto na província de Nampula.

Abordagem qualitativa constitui a opção metodológica adoptada. A auscultação privilegiou a recolha de dados que permitiram compreender as percepções, os significados e as interpretações locais sobre as DTNs.

Em termos de achados, o estudo constatou:

1. Existência de diversos conhecimentos e percepções sobre os sintomas e sinais entre as comunidades abrangidas. A diversidade de conhecimento recolhido entre os diferentes membros da comunidade é informada por experiências de vida com a doença, fraco acesso à informação biomédica sobre a doença, crenças mágico-religiosas e alguns estereótipos que conduzem para um contexto permissivo de determinadas práticas e atitudes que perpetuam práticas nocivas a saúde. A título de exemplo, comum em todos os distritos cobertos pela pesquisa associar as ilustrações de uma criança com barriga de água⁷, urina com sangue à doenças relacionadas com sexualidade.
2. Os participantes foram unânimes em considerar que as práticas de risco ilustradas, nomeadamente: o fecalismo a céu aberto; banho em águas paradas; urinar nas margens dos lagos, lagoas, e lavar roupa com as pernas dentro das lagoas e lagos são comuns nas suas comunidades e, estão conscientes dos riscos associados para a saúde do indivíduo e da comunidade.
3. Baixo conhecimento sobre a transmissão da bilharziose entre as comunidades abrangidas pelo estudo. Pois, não, foi possível perceber uma associação directa entre os comportamentos de risco ilustrados através de cartazes da pesquisa com a bilharziose. Porém, as interpretações tecidas em volta das Cartazes visualizam um conhecimento generalizado sobre as implicações para a saúde dos indivíduos e das comunidades resultantes do não seguimento de recomendações básicas de higiene.

4. Dois espaços (formal e informal) de busca de cura e tratamento para as várias manifestações, ou sintomas (dores abdominais, barriga de água e urina vermelha) ilustrados. Apesar de mencionados dois canais de busca de cura e tratamento, nota-se nos dados recolhidos uma certa unanimidade que o curandeiro, ou seja, Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) ainda é a primeira opção de busca de tratamento e cura ao nível das comunidades abrangidas pela auscultação. Factores de natureza sócio cultural associados ao facto de que os sintomas ilustrados estão associados a questões mágico-religiosas e maldição justificam essa opção.
5. Os comportamentos preventivos apresentados com recurso as ilustrações, foram consideradas relevante e comuns nas comunidades abrangidas pelo estudo. A bota em todas as comunidades é usada para a prática da agricultura e não para pesca, mesmo consciente que ela pode ser um mecanismo de prevenção de algumas doenças, notou-se um certo distanciamento entre os participantes em relação tal prática.

O uso da cinza e do sabão para lavar as mãos antes e depois de comer, também foi um tópico controverso e de pouco consenso entre os membros das diferentes comunidades abrangidas pelo estudo, na medida em que para algumas comunidades, o sabão serve para lavar a roupa e loiça, enquanto a cinza para lavar as mãos. Esta interpretação assenta em dois postulados: primeiro, o sabão tem algum valor financeiro, enquanto a cinza não. Segundo, a cinza está acessível para todas as pessoas, mesmo para aqueles que defecam a céu-aberto podem encontrar a cinza e daí usá-la para purificar as mãos, diferentemente do sabão.

6. Os participantes revelaram alguma familiarização com as campanhas de saúde promovidas pelo sector de saúde e testemunharam que os provedores de saúde usavam altímetros e administravam medicamentos para prevenção de diarreias, inchaço da barriga e das mamãs.

Apesar dos dados apresentados, persistem algumas barreiras de vária ordem que limitam a prevenção e procura de serviços de saúde, nomeadamente:

- Limitações estruturais, com destaque para a falta de uma rede de água e saneamento em algumas regiões do país. Obriga a que as comunidades recorram a fontes alternativas mais próximas (rios, lagoas) para busca de água para suprir as suas necessidades básicas;
- Crenças locais associadas a percepções de que as doenças eosintomas da bilharziose são resultado de maus espíritos e feitiçaria, por essa razão a sua cura só com recurso a medicina tradicional;
- Fraco conhecimento dos sintomas da doença associado a falta de informação sobre a doença;
- Percepção (utente) de baixa qualidade dos serviços prestados nas unidades sanitárias;
- Associação dos sintomas da bilharziose com os sintomas da ITSs, limita a procura por serviços devido ao receio de estigma e discriminação associado as ITSs na comunidade;
- Percepção que as campanhas são uma fonte de renda dos secretários e líderes dos bairros e comunitários, respectivamente.



I. Background

I.1. Enquadramento do Projecto no Contexto Moçambicano

As taxas de prevalência das Doenças Tropicais e Negligenciadas (DTN) no país são extremamente elevadas, com cerca de 2.036.633 crianças da escola primária infectados com *Schistosomose* e 1.937.441 com *geohelminthos* (Augusto et al., 2009). A Província de Nampula apresenta as maiores taxas de prevalência do país para *schistosomose* (77,7%) e parasitoses (62,0%) (Augusto et al., 2009).

Em 2012, o Ministro da Saúde de Moçambique participou numa conferência internacional sobre DTNs em Londres, a quando da assinatura da Declaração de Londres sobre Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), onde assumiu o compromisso em como o país poderia tratar 27 milhões de pessoas por ano, para DTNs até 2015⁸.

Em Moçambique, o programa nacional de controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas foi criado em 2009 pelo Ministério da Saúde (MISAU). O programa nacional de controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas está a implementar várias actividades, incluído campanhas integradas de tratamento em massa (*massdrugadministration* – MDA). Para alcançar a interrupção sustentável da transmissão das doenças, as campanhas anuais precisam manter elevadas taxas de cobertura.

Ciente do problema, o Programa de Controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas do MISAU, em parceria com Malária Consortium, lançou um projecto de testagem de diálogos comunitários na Província de Nampula, para apoiar a redução das doenças tropicais negligenciadas (DTNs), com financiamento da Fundação Bill & Melinda Gates⁹ e do COMDIS-HSD¹⁰. A abordagem de diálogo comunitário foi desenvolvida no âmbito do programa APE-MICC (agente polivalente elementar - manejo integrado de casos na comunidade) mostrando resultados positivos no envolvimento comunitário (Martin, 2012).

Um diálogo comunitário (DC) acontece quando indivíduos se reúnem para discutir questões de interesse comum nas suas áreas. A Malaria Consortium (2011), entende que os DC são uma ferramenta direccionada para fornecer às comunidades oportunidade de discutir extensivamente, dentro das suas aldeias, os serviços de saúde recentemente criados e como os membros da comunidade podem melhor beneficiar-se e apoiar estes serviços. Os DC usada também, são usados para capacitar as comunidades através da disseminação de conhecimento e informação relevante que informa as melhores escolhas de saúde e sobrevivência ao nível individual e comunitário. A intervenção baseia-se numa abordagem sócio ecológica, que vê o comportamento individual como o resultado da sobreposição de questões individuais, sociais e ambientais. Também procura abordar as normas sociais à volta da procura de cuidados de saúde e práticas de prevenção.

Referir que os DC já acontece na maioria das comunidades onde a Malária Consortium tem intervenções no âmbito da iniciativa Manejo Integrado de Casos na Comunidade (MICC) que, é uma abordagem onde os agentes de saúde baseados na comunidade são formados para identificar, tratar e encaminhar casos complexos de crianças com determinadas doenças. Referir que no âmbito da iniciativa MICC os DC tinham como objectivo contribuir para melhorar as práticas de saúde para um manejo atempado e optimizado das doenças infantis, através dos serviços do MICC.

Em termos operacionais, a o formato de DC adoptados pela Malaria Consortium consistem em um processo de 10 passos repetíveis, com um kit de ferramentas (guião do facilitador e cartões ilustrados), liderado por líderes da comunidade (tradicionalistas, religiosos ou administrativos) e activistas de saúde, que receberam um treinamento curto em técnicas de facilitação participativa.

O projecto a ser implementado pela Malaria Consortium vai adoptar o modelo de diálogos comunitários, para disseminação de informação como forma de dotar as comunidades de conhecimento sobre a doença, métodos de prevenção de algumas DTNs. Esperando-se que esse nível de consciência do cidadão contribua para o aumento da adesão e aderência ao tratamento.

O projecto vai ser implementado durante 18 meses em 3 distritos da província de Nampula, nomeadamente: Murrupula, Mogovolas e Muecate. O distrito de Muecate funcionará como distrito de controlo. Os distritos de implementação foram seleccionados pela DPS considerando vários critérios, incluindo representatividade da prevalência geral para das DTNs e das condições sócio-geográficas da província de Nampula.

O projecto inclui o desenvolvimento de materiais inovadores de comunicação e mobilização social, treinamento de líderes comunitários e activistas de saúde para implementação dos DC. Está prevista a, implementação de uma avaliação final da intervenção, por forma a compreender a contribuição do projecto na mudança de comportamento das audiências.

De modo a desenhar materiais de comunicação assentes em evidências, foi acordado a condução de uma Auscultação Qualitativa Rápida, com o objectivo de capturar o grau de conhecimento sobre as DTNs, com enfoque para a Bilharziose entre as comunidades. O levantamento, para além de informar o desenho de materiais deverá ajudar a capturar as necessidades de informação e conhecimento entre as populações de Nampula sobre a bilharziose.

O presente relatório apresenta os dados da Auscultação Qualitativa Rápida Sobre as Percepções Locais sobre as DTNs com enfoque para a Bilharziose. Em termos de apresentação dos dados o relatório adoptou um modelo descritivo sobre: (i) etiologia da doença (sinais e formas da manifestação), (ii) a representação social da doença (experiência, o possível estigma associado com formas avançadas) e, (iii) estilos de vida da população alvo dos distritos de implementação do projecto na província de Nampula. Questões associadas a percepção em volta da cura/tratamento e sua auto-eficácia também são apresentadas.

O documento está estruturado em oito secções. I background onde e feito o enquadramento da auscultação luz do projecto; II são apresentados os objectivos da auscultação, na III secção e apresentada a metodologia adoptada para o exercício, IV, os principais achados, V é feita a discussão dos resultados, VI nesta secção são apresentadas as barreiras de prevenção e acesso aos serviços de saúde, VII uma análise sobre as ilustrações e apresentada nesta secção, VIII, notas conclusivas.

8 <http://www.unitingtocombatntds.org/>

9 <http://www.grandchallenges.org/Pages/Default.aspx>

10 <http://comdis-hsd.dfid.gov.uk>



II. Propósito e Objectivo da Auscultação

A auscultação procurou olhar para a etiologia da doença (sinais e formas da manifestação), a representação social da doença (experiência, o possível estigma associado com formas avançadas) e estilos de vida da população-alvo dos distritos de implementação do projecto na província de Nampula.

Os resultados da auscultação geraram uma compreensão de conhecimentos e percepções da população, informação considerada relevante e necessária para desenvolver modelos de educação em saúde eficazes (Gazzinelli et al., 2006).

Os resultados vão ser utilizados para refinar as actividades de comunicação, materiais e mensagens durante o projecto, e apoiar o Ministério da Saúde e parceiros no desenvolvimento de estratégias e materiais eficazes para a promoção de comportamentos preventivos e de procura de cuidados localmente relevantes e aceitáveis.

Os objectivos específicos da Auscultação foram:

- Gerar dados sobre as percepções sociais dos sinais, sintomas, comportamentos de risco e comportamentos preventivos associados com a doença *schistosomose* (também conhecida como bilharziose);
- Identificar as principais preocupações das comunidades e as barreiras percebidas para a prevenção e tratamento dessas doenças, incluindo a participação em campanhas massivas de tratamento;
- Seleccionar alguns comportamentos preventivos e de procura de cuidados localmente relevantes e aceitáveis para serem promovidos;
- Testar a relevância e compreensão de uma série de materiais visuais que poderiam ser usados no âmbito da abordagem de diálogo comunitário, como elementos visuais, cores e Cartazes adaptados a cultura local, valores e geografia da zona.

III. Metodologia

Para a presente pesquisa, a opção metodológica foi especificamente qualitativa, isto é, a auscultação privilegiou as percepções, os significados e as interpretações locais sobre as DTN pelas comunidades dos distritos acima citados da província de Nampula. A mesma foi realizada em três etapas; uma primeira de preparação técnica, uma segunda de recolha e tratamento de dados e uma terceira de apresentação dos achados.

Na primeira etapa, foram elaborados o protocolo de estudo, desenho e aprovação dos instrumentos de recolha de dados, metodologia, amostra e concordância em relação aos aspectos éticos. Na segunda fase, contactos prévios com a Direcção Provincial de Saúde de Nampula foram efectuados, como forma de assegurar aspectos logísticos e contactos com os serviços distritais. De seguida da recolha de dados nos três distritos da província de Nampula, seleccionados (Mogovolas, Murrupula e Eráti). Na terceira parte, foram analisados e interpretados os dados e elaborado o presente relatório preliminar.

III.1. Abordagem de Recolha de Dados

Pesquisas que informam intervenções de comunicação para saúde, através da recolha e levantamento das necessidades e interesses do público-alvo, são levadas a cabo através de métodos qualitativos bem estabelecidos. Todavia, persiste o desafio na captura de informação sobre comportamento e práticas relevante, que é influenciado pela predisposição, conhecimento do assunto e interesse dos participantes. Pois, factores socioculturais que influenciam as crenças e comportamentos de saúde podem estar profundamente enraizados, podendo limitar a capacidade dos participantes em articular e partilhar suas percepções em relação ao assunto. Questionamento directo nem sempre permite captar o pensamento, ideias e percepções das pessoas. Por sua vez, as pessoas nem sempre compartilham seus sentimentos ou opiniões íntimas com um investigador externo, ou podem não estar cientes de seus subjacentes motivos, aspirações, valores e atitudes (Donoghue, 2000).

Para ultrapassar esses desafios, a presente pesquisa optou pelo uso de técnicas projectivas em grupos focais de discussão (GFD) com informantes-chave para elucidar as representações sociais locais e as percepções sobre a doença (bilharziose). Os grupos focais de discussão foram escolhidos em vez de entrevistas individuais porque são muitas vezes mais adequados para estudar fenómenos e representações sociais (Farr 1993; Livingstone and Lunt 1996).

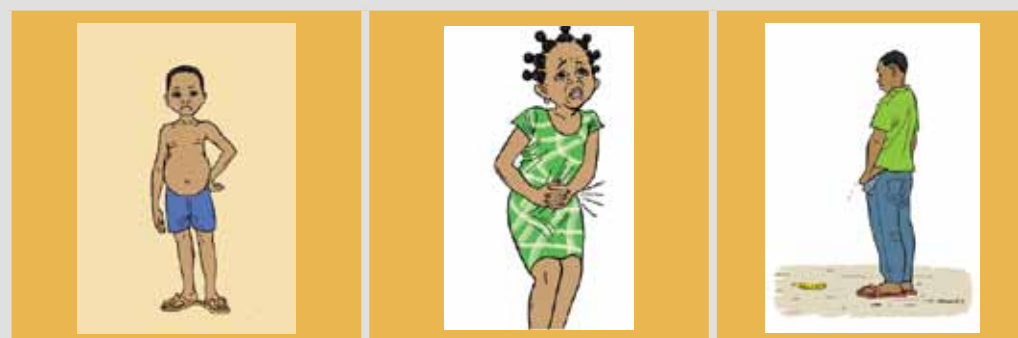
Técnicas projectivas têm suas bases teóricas na psicanálise e são utilizadas para tirar a informação ou aspectos de comportamento inconscientes, permitindo aos participantes demonstrar ("projectar") pensamentos e sentimentos em objectos ou por meio de acções ou histórias. Essas técnicas também permitem uma melhor dinâmica de grupos focais tradicionais, porque os participantes têm mais controlo sobre a direcção da discussão (Wiehagen et al., 2007). Por isso, é necessário considerar a importância das técnicas projectivas em explorar sentimentos, crenças, atitudes e motivação que as pessoas podem achar difícil de articular (Donoghue, 2000).

Existe uma gama de oportunidades e áreas para fazer o uso das técnicas projectivas. Para a presente pesquisa, a opção foi usar técnicas projectivas como um catalisador de reflexão e partilha de sentimentos, conhecimentos e percepções, experiências relacionadas com a doença.

Ao incorporar técnicas projectivas em grupos focais, a pesquisa tinha a intenção de explorar os motivos e atitudes do grupo, especialmente aqueles conscientes ou inconscientes, para elucidar significados implícitos. Pois, no grupo de discussão, o facilitador estimulava a reflexão dos participantes apresentando imagens relacionadas com sintomas, comportamentos de risco e preventivos da bilharziose e, logo de seguida, solicitava aos participantes que contassem histórias, partilhassem conhecimentos e percepções em volta da imagem apresentada.

Importante referir que as imagens procuravam catalisar debate em volta de sintomas (três cartazes), comportamento de risco (seis cartazes) e, comportamento preventivo (nove cartazes), conforme apresentado na grelha abaixo:

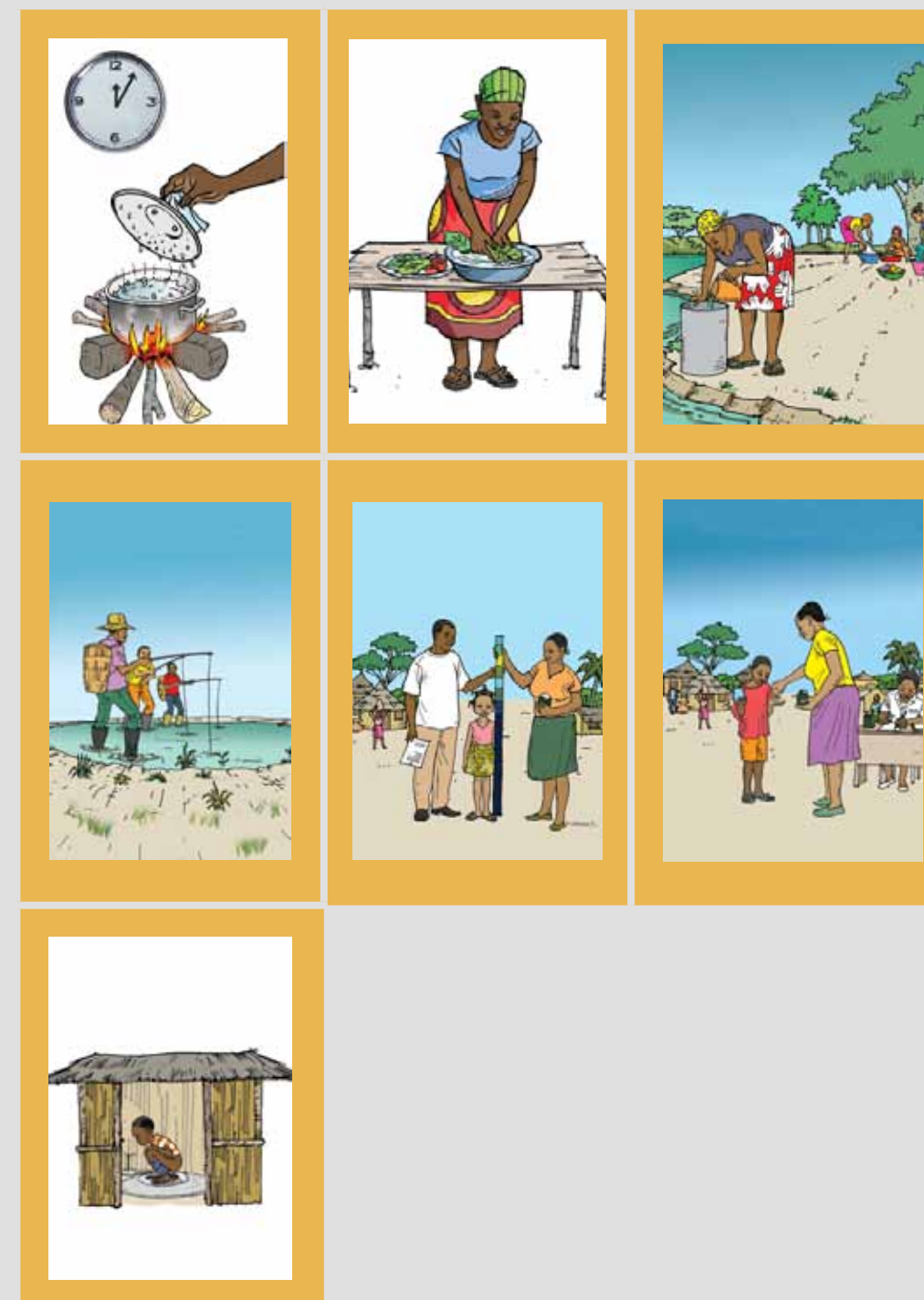
Cartazes 1: Sintomas da Bilharziose



Cartazes 2: Comportamento de Risco



Cartazes 3: Comportamento Preventivo



III.2. Cobertura da Auscultação

Para a presente auscultação, foi elaborada uma amostra por etapas. Numa primeira etapa, foi definida a amostra dos locais e de seguida foi definida a amostra de participantes por seleccionar em cada um dos locais cobertos. Foi tomada em conta a necessidade de cobrir três dos quatro distritos a serem abrangidos pelo projecto, nomeadamente: Mogovolas (Nametil), Murrupula (Chinga) e, Eráti (Namapa e Alua).



Fotografia 2: Facilitação de GFD Mulheres

Estava prevista a realização de 6 GFD, no mínimo, podendo estender até 8, no máximo, quando percebida a necessidade de aprofundamento de alguns aspectos. Em termos de alcance, foram realizados 7 GFD, sendo ao sétimo administrado por dois motivos, primeiro, para aprofundar alguns aspectos considerados relevantes que surgiram nos outros grupos, segundo para aferir o grau de saturação dos dados recolhidos. A tabela 1 apresenta os GFD realizados em cada local de pesquisa:

Tabela 1: Grupos Focais

	Mugovolas(Nametil)	Murrupula(Chinga)	Eráti (Namapa e Alua)
Mulheres	1 GFD	1 GFD	1GFD
Comité de Saúde	1 GFD	2 GFD	1 GFD
Sub-Total	2	3	2
Total	7		

Importa referir que a auscultação teve duas categorias de respondentes, um grupo composto de mulheres em idade reprodutiva e outro composto por membros do comité de saúde local.

III.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

Para a presente pesquisa, foram cobertos cinco(5) grupos de participantes nomeadamente: Mulheres em idade reprodutiva; Parteiras tradicionais; Régulos; Líderes religiosos; Padres da igreja católica; APE; Membros da Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO); Líderes comunitários, activistas. A selecção dos participantes obedeceu a critérios de inclusão e de exclusão previamente definidos no Protocolo de Pesquisa e que podem ser vistos na Tabela 2 abaixo

Tabela 2: Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<p>1. Em cada distrito, uma unidade sanitária (US) será escolhida, considerando a representatividade da prevalência geral para as DTN e de condições sociogeográficas da zona.</p> <p>2. Em cada área de abrangência das US, representantes de 4 comunidades locais ao redor da US serão recrutados em consulta com os Líderes Comunitários, Comitês de Saúde, APÉs e activistas para identificar participantes nos GFD.</p> <p>3 Membros de cada Comité local de Saúde (Parteiras tradicionais; Régulos; Líderes religiosos; Padres da igreja católica; APE; Membros da Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO); Líderes comunitários, activistas) que sejam mais representativos das percepções locais sobre a doença.</p> <p>Mulheres em idade reprodutiva, que desempenham um papel fundamental na gestão de questões de saúde e busca de informações sobre a saúde da família, em geral.</p>	<p>1. 3 Comunidades serão excluídas da amostra porque já estão a fazer parte de uma outra pesquisa (CDC) sobre DTNs, nomeadamente: No distrito de Murrupula: 2 comunidades, Mulhaniwa e Nihessiu; No distrito de Mecúburi; 1 comunidade: Muite.</p>

III.4. Tratamento, Processamento e Análise dos Dados

Todas as discussões em grupo focal foram gravadas e codificadas. Para o efeito, foi criado um código para identificar cada discussão em grupo focal, a respectiva gravação e a transcrição correspondente. O exercício de transcrição verbatim foi conduzido pelo assistente de pesquisa sob supervisão da equipa de coordenação do estudo.

Concluída a codificação para cada transcrição dos dados, seguiu-se um exercício de análise que tomou como linha, a descrição das representações sociais da doença (experiência, o possível estigma associado com formas avançadas), estilos de vida da população alvo dos distritos de implementação do projecto. Questões associadas à percepção em volta da cura/tratamento e sua auto-eficácia também são apresentadas.

Conforme ao protocolo do estudo, tentamos aplicar um processo de dedução na análise de dados de acordo com as categorias da teoria das representações das doenças (Leventhal and Benyamini 1997): Identidade: nomenclatura das doenças, sintomas e sinais percebidos; Causas; Duração; Efeitos, consequências, incluindo emoções associadas; Controlo da cura. Todavia, a falta de consciência dos membros das comunidades sobre a bilharziose constatada, obrigou a adopção da indução como método de análise. Cujo objectivo é representar com mais precisão a experiência dos grupos-alvos. Apenas, usamos as categorias da teoria das representações das doenças para apresentar as interpretações dos respondentes sobre os cartazes de sinais e sintomas da doença que foram usados.

III.5. Questões Éticas

A auscultação foi aprovada pelo Ministério da Saúde de Moçambique. Adicionalmente, a pesquisa contou com a autorização da Direcção Provincial de Saúde da Província de Nampula e das unidades sanitárias nas zonas cobertas pelo estudo.

Durante a recolha de dados, a equipa de pesquisa procurou observar os seguintes aspectos éticos: (i) antes do início do GFD, era feita a leitura da informação geral sobre a Consulta Comunitária (CC) e entregue a folha de consentimento informado aos informantes; (ii) após a leitura do consentimento, os informantes assinavam, usando a caneta para os que sabiam escrever ou assinar, e para os outros que não sabiam escrever assinavam com a impressão digital. (iii) os informantes eram informados que o GFD seria gravado e fotografado; (iv) eram também informados sobre a não obrigatoriedade de participar no GFD.

III.6. Constrangimentos e Limitações da auscultação

A recolha de dados nos três distritos da província de Nampula teve lugar entre os dias 23 e 28 do mês de Março de 2014. Apesar de todo apoio da DPS, importa frisar alguns constrangimentos e limitações da auscultação:

- O facto das cerimónias centrais do dia de tuberculose terem sido na província de Nampula e no distrito de Murrupula, obrigou a equipa da pesquisa a ter que reprogramar a ordem dos distritos por visitar;
- A província de Nampula estava a ser assolada pela epidemia da cólera, e durante os GFD, existia uma tendência de direccionar a abordagem para a cólera, diarreias, e como algumas imagens ilustradas estavam relacionadas higiene, saneamento de meio, aproximava ainda mais os informantes a estas doenças e cada vez menos a bilharziose.

IV. Resultados da Auscultação

IV.1. Perfil dos Participantes da Pesquisa

De forma generalizada, os informantes da presente auscultação, foram mulheres e homens membros das comunidades dos três distritos da província de Nampula. O perfil sócio-demográfico dos respondentes é apresentado na tabela abaixo:


Grupo	Faixa Etária	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação
Homem	21-40	5ª Classe	Casado	APEs, Activistas, Líderes locais
Mulher	21-74	Frequentado Alfabetização de Adultos	Casadas Viúvas	Camponesas Estudante

IV.2. Interpretação dos Cartazes

Os Cartazes usados para catalisar os debates e reflexão nos grupos focais, mereceram várias interpretações. Algumas coincidentes e outras divergentes, de acordo com o local e contexto. Nesta secção são apresentados os dados referentes às interpretações e percepções em volta das três categorias de Cartazes usadas no processo, como catalisadores.



IV.2.1. Interpretação e Percepção Sobre Sinais e Sintomas



Causas: (i) Malnutrição, (ii) Interrupção do aleitamento materno exclusivo, (iii) Prática sexual enquanto a criança está na fase do aleitamento materno; (iv) Ingestão de alimentos sólidos enquanto criança; (v) Micróbios no estômago.

Nomenclatura: (i) “*Epulo*”: barriga cheia sem apetite de comer, (ii) “*Eyapa*”: não tem sangue no corpo.


Efeitos da doença/sintomas: Dores de barriga, vômitos constantes, demora na articulação dos membros inferiores, borbulhas e inchaço estomacal.

Doença comum ou não: comum na zona, especialmente no recém-nascido que desmamam cedo, doença frequente na época chuvosa.

Duração: Pode afectar as crianças durante os 0 até 8 anos de idade. Na sua fase avançada, a criança pode começar a vomitar sangue.

Controlo da cura e tratamento/tem cura: crianças com esta doença são encaminhadas ao praticante de medicina tradicional ou ao hospital. Muitas vezes quando a medicina tradicional se mostra pouco eficaz.

No curandeiro, trata-se a doença com mistura de ovo e folhas. No hospital, alguns participantes dos grupos fizeram referência ao parasequantil recomendado na unidade sanitária. Especificamente em Alua (Namapa-Erati) as pessoas fizeram referência a “*Shaolim*” referindo-se o nome do médico tradicional que cura a doença.



Causas: cólicas durante a fase do ciclo menstrual, dores do umbigo, hérnias, consumo de ovos quando criança, lombrigas na barriga, espíritos maus de alguém da família.

Nomenclatura: (i) “*ekupula*” com esta doença a mulher pode não conceber. Há percepção local que por se tratar de uma doença associada a fertilidade da mulher não se pode revelar a verdadeira causa e cura. Percepção que está associada a uma cinza que é dada a mulher no rito de iniciação; (ii) “*Nsipa*”: doença de umbigo mal curado.

(iii) “*Miyoma*” quando a mulher tem cobrinhas na barriga.

Duração: as manifestações da doença iniciam quando criança e podem prolongar-se até a fase adulta, doença hereditária os pais lhe passaram a sujidade.


Efeitos da doença/sintomas: infertilidade, morte, dores de coluna associadas a vômitos, defecar vermes.

Controlo da cura e tratamento: doença sem cura no hospital, pode ter cura na AMETRAMO no “*Shaolim*”, tomar água quente quando começa a sentir a dor.

Sentimentos e emoções em relação ao sintoma/doença: “sentimos pena dessas pessoas, porque não são pessoas saudáveis, não são pessoas saudáveis, porque aqui esta se mostrar uma figura que não é saudável e aqui também mesma coisa.

“No caso de eles fazerem o tratamento há-de vir um corpo saudável ne, se ele for curado”.

Doença comum nas meninas relacionada a adolescência: “Então como ela falou, uma mulher pode ter um filho e divorciar-se do marido vai casar-se com outro homem e a criança fica sofrendo como ele”.



Causas: Infecção de transmissão sexual (Gonorreia Sífilis), pode ser hereditária, bilharziose, relações sexuais com uma mulher durante o ciclo menstrual, brincar em charcos e águas sujas.

Nomenclatura: (i) “*wixitha*” doente da urina; (ii) “*dzikomo*” sífilis ou gonorreia; (iii) “*minhosso*” bilharziose; (iv) Xixi de morto, (v) “*mikwenkwe*” é o tratamento tradicional que consiste na mistura de folhas de cajueiro e caranguejo.

Duração: época chuvosa associada a certos comportamentos de higiene nas comunidades; até ser tratada no médico tradicional,

Efeitos da doença/sintomas: (i) dores na urina; (ii) fazer xixi sangue; (iii) morte, infertilidade.


Doença comum ou não: nas comunidades visitadas, é comum nos rapazes e nos homens.

Controlo da cura e tratamento/tem cura: curandeiro e unidade hospitalar;

Sentimentos e Experiências:

(i) Um homem com estes sintomas é considerado como alguém que não respeita os outros nem as outras e querem ficar com todas e todos, (ii) uma criança com esse sintoma pode estar a revelar que há um adulto em sua casa que está doente.

IV.2.2. Interpretação e Percepção Sobre Comportamentos de Risco



Interpretação: (i) lavar roupa no rio outras dentro da bacia e outros fora da mesma, podem estar a usar a mesma água para beber se sentirem sede.

O uso da bacia revela que as pessoas tem outras experiências de lavar a roupa com água do poço, mas aqui elas não tem muita alternativa pois podem estar numa região onde não tem poços por perto. De modo geral os participantes consideram a importância de lavar a roupa dentro da bacia.

Efeitos do comportamento: é fácil contrair doenças, sujar a água que é usada para beber.

Comum/Aceitação do comportamento: (i) é normal em todas as comunidades visitadas, porém reconhecem que não é normal porque lavar com sabão na água usada para beber, (ii) as vezes esta prática está na origem de violência doméstica porque existe uma percepção entre alguns homens das comunidades, segundo a qual a mulher quando vai ao rio sozinha lavar vai encontrar-se com outro homem; (iii) entre alguns participantes dos grupos a prática foi considerada comum entre as comunidades do interior.

Normas sociais em relação ao comportamento: as mulheres estão no canto delas, por isso, não esta ali nenhum homem. Existem nas comunidades um canto do rio frequentado por mulheres e outro por homens.

	<p>Interpretação: homens estão a procura de peixe para alimentar a sua família. Mesmo sabendo que podem existir alguns crocodilos ali, eles estão a procura de algo para comer e vender.</p> <p>Efeitos do comportamento: (i) porque podem existir alguns crocodilos estão vulneráveis a mordidas de crocodilos, (ii) podem ser picados por "muthuhthu" vermes invisíveis a olho desprotegido e que habitam na lagoa. Após a picada por esse verme o indivíduo deve permanecer durante um tempo fora da água exposta ao sol, para que expulsá-lo do corpo.</p> <p>Comum/Aceitação do Comportamento: o comportamento é aceitável porque constitui uma fonte de renda e busca de alimentação para família.</p> <p>Normas sociais em relação ao comportamento: N/A</p>
	<p>Interpretação: as crianças estão vulneráveis a contrair doenças por estarem a tomar banho num rio num dia de sol.</p> <p>Efeitos do comportamento: contrair doenças, a menina está usar sabão dentro do rio, o que contribui para tornar a água imprópria para consumo. (ii) o sabão acumulado não se vê mas quando as pessoas buscam a mesma água para consumo podem ter diarreia, vômitos dores de estômago, assim como podem contrair a conjuntivite, podem sair pequenas borbulhas</p> <p>Comum/Aceitação do comportamento: (i) é comum as crianças brincarem nos lagos e charcos em todas as comunidades, mesmo quando alertadas sobre o perigo há uma certa resistência por parte delas.</p> <p>Normas sociais em relação ao comportamento: mesmo reconhecendo o risco, em alguns distritos tomar banho no lago, rio com águas paradas pode ser aceitável durante o período chuvoso, pois, quando chove as águas dos lagos transbordam, por essa via ocorre a substituição de água imprópria para própria.</p>
	<p>Interpretação: (i) as meninas estão a tirar água no rio. Pelo formato dos recipientes alguns consideram que a mesma é para consumo e confecção dos alimentos, outros consideram que é para tomar banho, (ii) a abertura dos recipientes foi considerada pouco adequada visto que não permite ceifar micróbios, logo as pessoas estão a carregar água imprópria para casa.</p> <p>Efeitos do comportamento: água infectada, logo se não for tratada pode ser um veículo de algumas infecções causadas pela água.</p> <p>Comum/Aceitação do Comportamento: (i) comportamento comum e aceite pois as pessoas não tem outra alternativa para aceder a água, (ii) comum e aceitável também porque as fontes, ou sistemas de abastecimento de água estão distantes das comunidades.</p> <p>Normas sociais em relação ao comportamento: (i) as meninas devem buscar a água, porque são mulheres, mas é importante educar para não entrem dentro da lagoa.</p>
	<p>Interpretação: (i) uma criança defecando a céu aberto, comportamento desencorajado por todos participantes da pesquisa. Percepção que está com diarreia, logo está alastrar a doença para mais crianças. Pois, uma mosca que pousa naquelas fezes pode ir pousar na comida de alguém, assim infectando a comida.</p> <p>Efeitos do comportamento: (i) este comportamento foi apontado como potencial causador da diarreia, vômito e dores de estômago.</p> <p>Comum/Aceitável: (i) não é aceitável, mas é comum. As crianças resistem aos conselhos e recomendações dos APEs, (ii) mas foi referenciado que existem algumas mães que incentivam estas práticas na margem da lagoa onde lavam a roupa, (iii) prática mais notável junto as comunidades que se situam ao longo da via (estrada).</p> <p>Normas sociais em relação ao comportamento: N/A</p>

	<p>Interpretação: (i) homem está urinando no rio, e isso que foi conotado como falta de higiene e falta de respeito com a comunidade, pois é naquela água onde as mulheres tomam banho e buscam água para consumo, (ii) a urina é vermelha, sinal que está com alguma ITS.</p> <p>Efeitos do comportamento: (i) contaminar outros membros da comunidade com a sua doença, (ii) sujar a água; (iii) está a espalhar a sua doença pelo rio, percepção que pode ser um feiticeiro.</p> <p>Comum/Aceitável: não aceitável, "ninguém pode consumir sujo do outro"!</p> <p>Normas sociais em relação ao comportamento: (i) nas comunidades alguém que toma este comportamento é tido como "nokwiri" (feiticeiro), pois estes nunca querem o bem às pessoas e estão interessados em espalhar o mal para a comunidade e querem, também, "eliminar a vida dos outros".</p>
	<p>Interpretação: os homens estão a pescar, uns com barco e outros dentro da água, aqueles que estão no barco vão mais para o interior das águas os outros ficam mesmo na margem. (ii) percepção que estão a pescar no mesmo local onde o menino estava a defecar.</p> <p>Efeito do comportamento: os que estão dentro da água podem ser picados por vermes, (ii) os que estão no barco estão mais protegidos desses vermes que picam.</p> <p>Comum/Aceitável: as duas práticas são aceitáveis pois constituem experiências locais.</p>

IV.2.3. Interpretação e Percepção Sobre Comportamentos Preventivos

	<p>Interpretação: (i) é uma panela fervendo água, (ii) água pode ser para beber ou cozinhar ou tomar banho.</p> <p>Porquê/Importância: (i) Mata micróbios, bichos que estão na água contaminada.</p> <p>Comum/Aceitável: (i) para desinfetar a água, algumas pessoas afirmaram que sim, mas nos últimos tempos usam mais Certeza, (ii) embora persiste entre as crianças o consumo da água do rio, lagoas sem ferver nem aplicar Certeza;</p>
	<p>Interpretação: (i) um copo com água, mãos e sabão, (ii) percepção que alguém está a lavando as mãos.</p> <p>Comum/Aceitável: (i) não foi possível capturar que ajudam a interpretar o lado comum e regularidade do comportamento ilustrado, (ii) porém entre os grupos foi possível compreender que existem pessoas que adoptam tal prática, outras não, (iii) a não adopção regular de tal prática está associada ao custo do sabão o que limita aquisição do mesmo por algumas pessoas, (ii) alguns consideram o sabão como servido para lavar a loiça e roupa, (iii) e a cinza apropriada para lavar as mãos devido a sua acessibilidade.</p> <p>Normas sociais associadas a prática: (i) ferver a água durante 10 minutos é mais eficaz que usar a Certeza, (ii) depois de ferver a água deitar no pote para arrefecer e ficar sempre fresca,</p>
	<p>Interpretação: (i) uma mulher lavando as verduras para tirar os bichos, a areia, ter higiene com os alimentos para engordar e ficar saudável.</p> <p>Porquê/Importância: (i) Porque couve limpa faz engordar, e a não limpa faz emagrecer, (ii) Porque nas folhas podem ter areia, estar escondidos algumas bichos que ficam depois de tirar a verdura da machamba.</p> <p>Normas sociais associadas a prática: (i) apenas ferve-se água para beber, aquela usada para lavar os alimentos pode não ser fervida porque o alimento vai cozer com água e matar os micróbios.</p>



Interpretação: (i) gostamos das pessoas que lavam a roupa fora da água e a outra também que tira água de fora do rio.

Porquê/Importância: dentro da água existem riscos, bichos que podem transmitir doenças.



Normas sociais associadas a prática: (i) não se usa bota para pescar, a bota é usada para outros fins, mas aquele que não tem bota para pescar pode parar em cima de uma pedra e pescar (ii) a mulher tem que amarar capulana quando vai buscar água.



Interpretação: (i) uma pessoa a medir altura de uma criança, (ii) isto é comum durante o tempo das campanhas de saúde.



Porquê/Importância: (i) é importante participar na campanha porque as crianças são pesadas e beneficiam-se de administração de algumas vitaminas; (ii) é importante medir e pesar a criança para saber quanto administrar medicamentos, (iii) essas campanhas ajudam a prevenir as doenças



V. Discussão dos Dados

Esta secção é dedicada a discussão dos dados recolhidos e, procura compreender as diferenças e semelhanças que emergiram em volta das ilustrações. Para o efeito, a secção adopta a mesma sequência apresentada no capítulo acima que, consistiu numa discussão assente nas três categorias estudadas (sinais e sintomas; comportamentos de risco e comportamentos preventivos).

V.1. Sinais, Sintomas e Nomeclatura

Os dados do estudo revelam a existência de diversos conhecimentos e percepções sobre os sintomas e sinais entre as comunidades abrangidas. A diversidade de conhecimento recolhido entre os diferentes membros da comunidade é informada por experiências de vida com a doença, fraco acesso à informação biomédica sobre a doença, crenças mágico-religiosas e alguns estereótipos que conduzem para um contexto permissivo de determinadas práticas e atitudes que perpetuam práticas nocivas a saúde.

Nesta secção, apresentamos de forma descritiva os dados recolhidos relacionados com conhecimento dos sinais e sintomas da doença. Assim, para melhor compreensão, os achados são apresentados em forma de trecho/recorte de entrevistas, ou seja, fala dos participantes da pesquisa.

É comum em todos os distritos cobertos pela pesquisa associar as ilustrações de uma criança com barriga de água¹¹, urina com sangue á doenças relacionadas com sexualidade. Para o primeiro caso, considera-se que a criança com barriga de água foi desmamada/interrompida amamentação antes do período recomendado, ou ao facto dos pais terem-se envolvido em relações sexuais durante o primeiro mês pós-parto, enquanto a criança se alimentava ainda de leite materno. Querendo, com isso, presumir que o acto sexual infectou o leite materno.

“Então é dali que o estômago começa a encher sujidades e lá produzem-se algumas miomas que começam já lhe empurrar aquela barriga, aquela pela logo. Já o que fica grande é a barriga, pernas finas já não tem forcas não tem apetite quase que nem de brincar nem de fazer só fica assim mole então é o caso talvez é o caso onde se provoca... Dali onde vínhamos dizia-se que não podemos lavar a crianças enquanto não deixou de...mamar e basta eliminar sem chegar o tempo aquela criança de crescer e deixar de mamar já o resultado que vai lhe abranger é só encher a barriga porque dali entram ali no estômago muitas sujidades que não davam para engolir ele para ingerir.” Mulher Participante GFD, Mugovolas

“Bem, então ali depende ne, da progressão de cada homem, como cada um esta na cama dele há outros talvez lavam com um ano com um ano e meio outros com seis meses mas dependentemente da condição que vocês combinam naquela casa.”
Mulher Participante do GFD

“Isso quem disse foram aqueles papas! Que as crianças que são lavadas enquanto pequenas pode causar aquilo. Porque pode acontecer que a mulher engravide enquanto o bebe e pequeno ainda. Então ela quer saber o que você acha disso que foi dito pelos papas.” Mulher Praticante de Medicina tradicional

Ainda em volta da barriga de água, alguns participantes interpretam o sintoma associando a doenças comuns e hereditárias, como é o caso da Malnutrição, Hérnia. Outros explicaram o sintoma como consequência de má alimentação e consumo de água não tratada e a doenças hereditárias conforme mostram os extractos das entrevistas abaixo:

“Tem barriga inchada, então você deve falar o que acha sobre o mesmo. Não sei!... Pode ser assim enquanto trata-se de “eyapawa” “xipatha” (hérnias) e a barriga enche quando faz assim leva-se ao hospital. Mas nós da AMETRAMO quando nos trazem podemos tentar tratar, cozemos algum medicamento e se não conseguirmos nos da AMETRAMO referenciamos ao hospital. Mas muitas vezes isto é “eyapawa” é hereditária existe uma pedra que fica na barriga. Hum.” Mulher Praticante de Medicina Tradicional

“Comer mal, coisas mal cozidas, “nthicua” (matapa) mal cozida pode trazer “eyapawa” doenças” Homem participante do GFD

“Só acrescentado essa informação, Podo acontecer assim enquanto se trata dos “mihako”(micróbios) , pode ser assim enquanto é “ser lavado” antes de crescer já sem ter começado a comer coisas leves, coisas grossas.” Homem participante do GFD

“Então é dali que o estômago começa a encher sujidades e lá produzem-se algumas miomas que começam já lhe empurrar aquela barriga, aquela pela logo. Já o que fica grande é a barriga, pernas finas já não tem forcas não tem apetite quase nem de brincar nem de fazer só fica assim mole então é o caso talvez é o caso onde se provoca” Homem participante do GFD

“Já ali começa dar karakata fria daquela de ontem logo empurra para ali e ele fica sem forca. Fica quase ele abatido todo corpo sem forca e dali qualquer coisa que apanha é só engolir é areia, é mandioca seca é amendoim qualquer sujidade que ele vê porque já não tem como para se alimentar” Homem Membro do Comité de Saúde, participante no GFD

“É doença. O menino tem “Opulu”- doença de barriga grande e dores abdominais”
Mulher Participante do GFD

“Os micróbios são apanhados por beber agua não potável, aquelas crianças que não entendem nas suas casas usam qualquer agua para beber, também pode se apanhar por consumir “nthicua não condimentada” alimentos não adequados.”
Homem, participante do GFD

Por sua vez, a imagem que retracta um homem urinando gotas de urina de cor vermelha. De modo geral, os participantes dos grupos interpretam esse sintoma a doenças de transmissão sexual, embora um número reduzido conseguiu fazer menção que pode se tratar de uma bilharziose. Abaixo alguns extractos retirados de algumas entrevistas:

“ Um homem urinando sangue. Um homem que está “wixitha”, descarregando sangue pela urina.” Homem participante do GFD Murrupula

“Para nós aqui Quando uma pessoa urinar sangue quem consegue ver aquilo ali é a saúde. Quando nos levamos uma pessoa doente daquilo quando vemos uma doença daquilo lá em casa dirigimos a pessoa no hospital sim porque nós tradicionalmente lá em casa podemos dizer que epah, é coisa é DTS, é muita coisa a falar porque quem sabe distinguir é a saúde..” Homem Participante do GFD Nametil

“ O homem pode ter “dzikomo...em português”Sífilis, Gonorreia sim podem dizer”
Mulher participante do GFD, Alua

“Então assim aquela imagem quando vocês estão a ver pode parecer que é sífilis, pode parecer que é DTS como pode parecer que é bilharziose... Bilharziose, Posso traduzir em macua? Ah, ‘minhosso”. Mulher Participante do GFD Chinga

Um terceiro cartaz com uma imagem de uma rapariga/mulher com aparente dores de estômago foi usado para catalisar o debate em volta dos sintomas da bilharziose. As interpretações locais, não distanciam muito das consideradas acima, todavia o facto de ser uma mulher com dores, os participantes interpretam como se tratando de dores associadas a cólicas, interrupção precoce da amamentação.

“Ai ela segurou a sua barriga acho que essa coisa está lhe apertando mesmo na bexiga. Então quando me trazem uma pessoa como esta eu não digo que posso curar porque não conheço o seu “murombo” (medicamento), eu mando ao hospital ou digo a ela para ser observada no hospital, lá é o melhor sitio para tratar este tipo de doença, se la.”

“Porque deixam de mamar antes de crescer, Já o estômago começa-se puxar porque esta cheio de sujidades. Costuma ter espuma lá dentro da barriga. E os intestinos começam a ter micróbios.”





V.2. Comportamentos de Risco

A auscultação também pretendia compreender o nível de conhecimento dos comportamentos de risco associados a bilharziose e, ao mesmo tempo capturar as diferentes interpretações comunitárias sobre esses comportamentos de risco e ou formas de contágio. Para o efeito, foram desenhados um conjunto de Cartazes retratando comportamentos de risco, com dois propósitos, com vista a, primeiro compreender/avaliar o grau de consciência comunitária sobre os comportamentos de risco apontados como principais causadores da bilharziose, e, segundo, para perceber se as práticas de risco apresentadas são comuns na comunidade e quais as percepções em volta das mesmas.

De modo geral, os participantes dos GFD são unânimes em considerar que as práticas de risco ilustradas, nomeadamente: o fecalismo a céu aberto; banho em águas paradas; urinar nas margens dos lagos, lagoas, e lavar roupa com as pernas dentro das lagoas e lagos são comuns nas suas comunidades e, estão conscientes dos riscos associados para a saúde do indivíduo e da comunidade.

“informamos que você pode ficar doente pode apanhar varias doenças, podem ter “ekorokotcha” (doença que faz inchar os dedos dos pés) vossos amigos defecam no rio e vocês vão tomar banho mesma agua podem ter diarreias e são teimosos mesmo lhes bater fogem então para o charco. Meninos de agora não ouvem.”
Homem Participante no GFD Membro do Comité de Saúde.

Apesar de se ter usado técnicas projectivas com recurso a cartazes ilustrativos, as comunidades não conseguiram associar as imagens à bilharziose, demonstrando baixo conhecimento em relação a bilharziose no geral.

Como forma de catalisar o debate e trazer as pessoas para a reflexão em volta do agente causador e dos comportamentos de risco, os facilitadores recorriam a língua e designação local da Bilharziose para catalisar o debate e reflexão. Assim foi possível compreender o seguinte:

O fecalismo ao céu aberto constitui uma prática local, embora as comunidades estejam conscientes do risco da mesma. Referir que mesmo depois de recorrer a língua e nomenclatura local, em nenhum dos sites da pesquisa esta prática foi referida como potencial causadora da bilharziose mas sim, como potencial causadora de outras doenças, como é o caso da cólera e diarreias.

“Sim, sim, isso tem muito mais acontecido ainda dentro desta vila. Eh nalguns bairros por exemplo lá no controle na estrada nacional esse tempo não se passa ali na estrada nacional não se passa são pessoas adultas que sujam eh mesmo de dia eles vingam-se cobrem-se com alguns plásticos ou com alguns papeis assim e sujam aquela estrada e estamos a ver que ali é um sitio que se devia proteger bem.”
Homem Membro do Comité de Saúde participante do GFD

Urinar junto dos rios e lagoas: foi apontado como uma prática recorrente na comunidade. Assim foi possível compreender que as comunidades associam este comportamento como potencial causador da bilharziose e outras doenças, pelo facto de constituir uma forma de propagação de micróbios, bacterias e ou parasitas, conforme atestam extractos das reacções dos participantes a ilustração:

“Então falam da existência de micróbios na água existe diversos tipos existem micróbios brancos verdes vermelhos estes vem porque as pessoas sujaram a água.”
Homem participante GFD Alua

“Essa sujidade quando penetra no corpo do menino e então o menino pode começar a fazer xixi a esse ponto de bilharziose.” Mulher Participante do GFD, Alua

“É uma contaminação que eleesta prever ai. Na medida em que ele está a mijar assim com urinas contagiosas e aquela mãe que esta tirar agua ali já vai contaminar as crianças mais outras pessoas que ficaram em casa. A partir dela mais familiares que estão lá em casa vão aproveitar aquela água não sei é tomar banho não sei é beber. Mas também há de ter esse tipo de doença que ele tem, já alastrou ali já distribuiu as famílias.” Homem Membro do Comité de Saúde, Murrupula



Em algumas entrevistas, foi possível compreender que comportamentos similares são frequentes entre as comunidades residentes nas zonas peri-urbanas, isto é, mais distantes das vilas sede dos distritos.

“Isso é frequente mas nas nossas comunidades lá fora não aqui na vila porque nos que estamos lá na comunidade enfrentamos muitas muitas prevenção programas dessa natureza. Porque o que acontece aqui por não saber o que esta acontecer pode calhar que lá as pessoas que estão a lavar e outro vem aqui fazem necessidades maior menor sem saber que existe alguém que esta a lavar no momento em que correr aquela agua.” Mulher participante no GFD, Murrupula

Águas paradas para tomar banho, lavar roupa e consumo: lavar a roupa e tomar banho em águas paradas dos lagos foi apontado como uma prática comum entre as comunidades cobertas pelo estudo. Mesmo sendo comum, os participantes reconhecem que lavar roupa e tomar banho em águas paradas constitui um risco para a saúde. Mas, a não existência de sistemas de abastecimento de água as pessoas não tem outra forma de buscar água para lavar e tomar banho a não ser nos lagos e lagoas.

“Eu vejo que esses miúdos ao saírem dali para casa podem ter doença de comichão.” Homem Participante GFD, Chinga

“Podem ter doença de barriga, vômitos e diarreias ali.” Homem participante do GFD Nametil

“Podem também ter doença de constipação e malária ao saírem a casa.” Mulher participante GFD Chinga

“Então podem trazer conjuntivite, problemas de pele, borbulhas (sarna) Porque estão nadando na agua suja e mesmo parecendo boa pode provocar doenças.” Mulher participante do GFD Murrupula

As descrições acima ajudam a considerar um baixo conhecimento sobre a transmissão da bilharziose, isto é, não é possível encontrar uma associação directa entre os comportamentos de risco ilustrados através de cartazes da pesquisa com a bilharziose. Porém, as interpretações tecidas em volta das Cartazes visualizam um conhecimento generalizado sobre as implicações para a saúde dos indivíduos e das comunidades resultantes do não seguimentode recomendações básicas de higiene.



V.4. Grupos Mais Vulneráveis/Afectados

A reflexão em volta dos sintomas ajudou a identificar os grupos mais afectados, onde a criança e mulheres foram mais apontadas. O facto das imagens/Cartazes sobre dores abdominais e urina vermelha com imagens feminina e masculina pode ter contribuído para o enviesamento da percepção dos grupos mais afectados. A título de exemplo, todo o discurso em volta do sintoma dor de barriga foi conduzido e construído olhando para alguns problemas específicos das mulheres (ciclo menstrual, cólicas etc.). O sintoma barriga de água da criança foi interpretado olhando para o contexto infantil, ignorando que o mesmo sintoma pode manifestar-se nos adultos também.

V.5. Tratamento e Cura

Os dados recolhidos revelam a existência de dois espaços de busca de cura e tratamento para as várias manifestações, ou sintomas (dores abdominais, barriga de água e urina vermelha) ilustrados ao longo das sessões de DGF. De forma alternada, foi mencionado o recurso ao uso de ervas preparadas pelos praticantes de medicina tradicional e aos serviços de saúde na unidade sanitária mais próxima. Em nenhum dos locais, foi mencionado o recurso aos serviços prestados pelos APEs. Como mostram alguns extractos abaixo:

“... eyapawa” “xipatha” (hérnias) e a barriga enche quando faz assim leva-se ao hospital. Mas nós da AMETRAMO quando nos trazem podemos tentar tratar, cozemos algum medicamento que encontro no mato! Pilo, esmago e fervo e dou para ele tomar três vezes ao dia informo que tome de manha, ao meio dia e ao por do sol. Se não conseguir nós da AMETRAMO referenciamos ao hospital.....Mas muitas vezes isto é “eyapawa” é hereditária existe uma pedra que fica na barriga.” Hum. Mulher Membro do Comité de Saúde e PMT

Apesar de mencionados dois canais de busca de cura e tratamento, nota-se nos dados recolhidos uma certa unanimidade que o curandeiro, ou seja, Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) ainda é a primeira opção de busca de tratamento e cura ao nível das comunidades abrangidas pela auscultação. Factores de natureza sócio cultural associados ao facto de que os sintomas ilustrados estão associados a questões mágico-religiosas e maldição justificam essa opção.



Quando constatada a ineficiência da medicina tradicional, recorre-se a unidade sanitária mais próxima. Referir que para além das questões socioculturais a unidade sanitária é tida como segunda opção muitas vezes pela fraca capacidade de resposta na provisão de medicamentos adequados e, por vezes deficiências de diagnóstico, por conseguinte os próprios provedores de saúde recomendam ao utente para recorrer a medicina tradicional, conforme ilustram extractos abaixo:

“Há problemas temos vindo aqui no hospital e não há comprimidos, não encontramos e dizem que acabaram e é por isso que recorremos aos “akulukhana” (médicos tradicionais) dizem que acabaram.” Mulher, Participante de GFD Nametil

“Sabemos que principalmente deve ir entrar no Centro de Saúde mais próximo. Porque tradicionalmente é a saúde que diz que não conseguimos esse senhor aqui é melhor ir dirigir-se ao curandeiro então quando ele ser dirigido para ir no curandeiro ele há-de ir” Homem participante GFD, Alua

“As vezes é muito raro encontrar a o parasequantil. É muito raro mesmo é possível que... e essa doença é muito frequente lá na comunidade é muito frequente nas crianças e lá nós sofremos baixas e quando transferimos para aqui acaba... enquanto não há medicamentos e esse tipo de medicamentos é muito raro encontrar nas unidades sanitárias não sei se na província é assim ou lá na nação é nessa maneira não sei ou o medicamento é caro ou é raro.” Régulo, participante GFD

Referir que os dados apresentados sobre a qualidade e limitações na provisão dos serviços relacionados com a bilharziose ao nível das unidades sanitárias devem ser tomados como indicativos, pois a auscultação não abrangeu os provedores de saúde. Por isso, não devem constituir alvo de uma análise e reflexão profunda uma vez que a auscultação não abrangeu o grupo de provedores/técnicos, não podendo desse modo conduzir uma leitura cruzada dos mesmos.

Apesar das deficiências de resposta dos serviços de saúde, alguns participantes dos GFD afirmaram existir algumas experiências de eficiência do tratamento providenciado ao nível das Unidades sanitárias.

“Sim, realmente tem acontecido, eu que falo já me aconteceu eh... desde quase em criança eu tinha aquele tipo de problemas. Mas quando me dirigi a receita médica, quando me passaram aquilo já parou de... sair sangue porque no princípio minhas urinas saíam e no final tinha que sair sangue. Então ao andar do tempo depois de receber a medicação passou aquele sangue mas de vez enquanto é que tem me acontecido mas não sai sangue mas sim quando estou a urinar é que me dói um bocadinho. Sim, sim fiz até 20 anos quando tive aquele problema e eu quase que talvez eu via aquilo e não dava conta então mais tarde vi que já estou a crescer e esta coisa já não está me passar e tinha que me mexer e com ajuda dos amigos colegas que me disseram que devia colocar a questão com o médico possivelmente ele puder sanar a situação e assim fiz.” Homem, participante do GFD Murrupula

Ainda na componente de busca de cura e tratamento, os participantes dos GFD referiram a existência de campanhas de saúde comunitária promovidas pelo pessoal da saúde, tópico aprofundado na secção seguinte.

V.6. Comportamentos Preventivos e Campanhas de Promoção da Saúde

As discussões em volta dos comportamentos preventivos apresentados nos Cartazes, tomaram uma linha de consenso em todas as sessões de GFD. Primeiro, pelo facto dos participantes considerarem aquelas práticas saudáveis para a saúde das pessoas, segundo porque as mesmas constituem uma prática local. Porém, a bota em todas as comunidades é usada para a prática da agricultura por isso, ter-se notado algum distanciamento entre os participantes em relação tal prática, pese embora reconheçam que constitui uma prática preventiva.

O uso da cinza e do sabão para lavar as mãos antes e depois de comer, também foi um tópico controverso e de pouco consenso entre os membros das diferentes comunidades abrangidas pelo estudo, na medida em que para algumas, o sabão serve para lavar a roupa e loiça, enquanto a cinza para lavar as mãos. Esta interpretação assenta em dois postulados: primeiro, o sabão tem algum valor financeiro, enquanto a cinza não. Segundo, a cinza está acessível para todas as pessoas, mesmo para aqueles que defecam a céu-aberto podem encontrar a cinza e daí usá-la para purificar as mãos, diferentemente do sabão.



“Bem naquela imagem já está a dizer após ao uso da casa de banho deve-se lavar as mãos com sabão. Sim.” participante GFD Chinga

O uso da latrina foi referenciado como uma prática preventiva a várias doenças ao nível da comunidade. Mesmo reconhecendo que existem algumas comunidades que a construção e uso de latrinas melhoradas ainda não é comum.

“Aquele está a defecar, aquele está a defecar no capim aquele está a defecar na latrina. Aquele que está a defecar na latrina faz bem, depois pode lavar as mãos com sabão. Mas este que está a defecar no capim nem tem chinelo, vai levar copo assim mesmo sem lavar as mãos, ali vai nos dar diarreia, basta cair chuva ali... os que defecam no mato não lavam as mãos vão nos dar diarreia.”

Os participantes revelaram alguma familiarização com as campanhas de saúde promovidas pelo sector de saúde. Em Alua e Murrupula, alguns participantes recordam-se da última campanha de saúde que teve lugar no ano passado, embora sem muita certeza, afirmaram que as mesmas passaram pelas suas comunidades entre os meses de Dezembro de 2013 e Janeiro de 2014.

Os participantes expostos a essas campanhas testemunharam que os provedores de saúde usavam altímetros e administravam medicamentos para prevenção de diarreias, inchaço da barriga e das mães.

Dizem que os enfermeiros falavam que medicamentos que estavam a administrar era para evitar problemas de hérnias problemas nas mamas, e também tem um problema de inchaço de pernas sobretudo nas mulheres.” Mulher participante GFD, Alua

Os dados também permitiram capturar algo controverso que pode estar a informar a baixa cobertura das campanhas associado a falta de divulgação. Segundo os participantes da pesquisa, as campanhas cobrem poucas pessoas porque os secretários pouco se envolvem em actividades de mobilização comunitária, pois alegam que não recebem nada em troca. Apesar disso, existem alguns relatos contrários, segundo a qual os secretários mobilizam pessoas de sua confiança e familiares para conduzirem acções de mobilização durante as campanhas, porque existe algum retorno monetário (prémio) depois da actividade.

“Então eu não quero acreditar que a saúde quando chega na comunidade e encontra poucas pessoas não pergunta ao secretarione onde é que estão outras pessoas. O que elas estão a dizer será que aquelas pessoas os activistas que trabalham nas campanhas são da confiança do secretário, é isso que elas estão a dizer?”

“Nos não sabemos nos também estudamos. O secretário escolhe lá no bairro, mesmo tu seres vizinho dele não te escolhe nada, a menos que ofereças um cabrito. Ele quer beneficiar seus familiares, nos aqui não apanhamos nada.”

Os extractos das entrevistas acima apresentam alguns factores, ou barreiras locais para adesão as campanhas de saúde. Se partirmos do pressuposto que, as actividades de mobilização comunitária tem como finalidade sensibilizar o cidadão para participação nas campanhas de saúde e, que esta participação pode estar a gerar alguma renda monetária para o secretário e seus aliados, logo as pessoas podem optar pela não adesão.

Contudo, existe consciência entre os participantes da relevância e importância das campanhas de saúde promovidas ao nível das comunidades de Nampula.



VI. Barreiras Que Limitam a Prevenção e Procura de Serviços de Saúde

Nesta secção são apresentadas as principais barreiras que limitam a adopção de práticas preventivas e de procura de serviços de saúde. As barreiras apresentadas, foram arroladas pelos participantes do GFD:

- a) Limitações estruturais, com destaque para a falta de uma rede de água e saneamento em algumas regiões do país. Obriga a que as comunidades recorram a fontes alternativas mais próximas (rios, lagoas) para busca de água para suprir as suas necessidades básicas;
- b) Crenças locais associadas a percepções de que as doenças e os sintomas da bilharziose são resultado de maus espíritos e feitiçaria, por essa razão a sua cura só com recurso a medicina tradicional;
- c) Fraco conhecimento dos sintomas da doença associado a falta de informação sobre a doença;
- d) Percepção (utente) de baixa qualidade dos serviços prestados nas unidades sanitárias;
- e) Associação dos sintomas da bilharziose com os sintomas da ITSs, limita a procura por serviços devido ao receio de estigma e discriminação associado as ITSs na comunidade;
- f) Percepção que as campanhas são uma fonte de renda dos secretários e líderes dos bairros e comunitários, respectivamente.



VII. Relevância das Ilustrações Usadas Durante a Auscultação

Um olhar mais geral sobre os dados, permitiu aferir que os cartazes foram acolhidos e considerados relevantes entre os informantes por um lado, assim como, junto das equipas da DPS, dos distritos e localidades visitadas durante a auscultação.

No distrito de Mogovolas, os membros de CS solicitaram o desenho de um cartaz com a seguinte mensagem: “ estes cartazes ilustram as várias situações que nós temos nas comunidades”. Na DPS, no Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social dos distritos visitados, os médicos e técnicos de saúde também pediam para ter acesso aos cartazes nos seus locais de trabalho.

Existem aspectos específicos que surgiram dos membros dos comités de saúde e pessoal dos serviços de saúde ao nível provincial e distrital, conforme apontados abaixo:

1. Primeiro, os membros de comité de saúde sugerem que se acrescente mais um cartaz, que ilustre uma bacia e panela onde os membros de uma família estão a lavar as mãos, por ser uma situação comum nas comunidades.
2. Imagem da menina com dores abdominais, cria alguma subjectividade, primeiro pelo facto de ela ser do sexo feminino. A primeira impressão que a imagem dá é que a menina tem problemas de cólicas como a causa das dores fortes. Frisar que de forma geral, quando os homens fossem a falar sobre esta imagem primeiro pediam desculpa pelo facto de eles abordarem assuntos ligados as mulheres.
3. A imagem que ilustra o sabão não foi perceptível para todos, mas parte das pessoas depois de alguma concentração na imagem descobria que o objecto em causa era o sabão.
4. A imagem que ilustra dois meninos e uma menina a tomarem banho no rio, de alguma forma ilustra mais a menina, isto faz com que todas atenções na primeira fase recaiam sobre a menina e não sobre os dois rapazes. Parece que o corpo da menina capta toda atenção da imagem.

VIII. Notas Conclusivas e Recomendações

Existência de diversos conhecimentos e percepções sobre os sintomas e sinais entre as comunidades abrangidas. A diversidade de conhecimento recolhido entre os diferentes membros da comunidade é informada por experiências de vida com a doença, fraco acesso à informação sobre a doença, crenças mágico-religiosas e alguns estereótipos que conduzem para um contexto permissivo de determinadas práticas e atitudes que perpetuam práticas nocivas a saúde. A título de exemplo, comum em todos os distritos cobertos pela pesquisa associar as ilustrações de uma criança com barriga de água¹², urina com sangue à doenças relacionadas com sexualidade.

Os participantes foram unânimes em considerar que as práticas de risco ilustradas, nomeadamente: o fecalismo a céu aberto; banho em águas paradas; urinar nas margens dos lagos, lagoas, e lavar roupa com as pernas dentro das lagoas e lagos são comuns nas suas comunidades e, estão conscientes dos riscos associados para a saúde do indivíduo e da comunidade.

Baixo conhecimento sobre a transmissão da bilharziose entre as comunidades abrangidas pelo estudo. Pois, não, foi possível perceber uma associação directa entre os comportamentos de risco ilustrados através de cartazes da pesquisa com a bilharziose. Porém, as interpretações tecidas em volta das Cartazes visualizam um conhecimento generalizado sobre as implicações para a saúde dos indivíduos e das comunidades resultantes do não seguimento de recomendações básicas de higiene.

Dois espaços (formal e informal) de busca de cura e tratamento para as várias manifestações, ou sintomas (dores abdominais, barriga de água e urina vermelha) ilustrados. Apesar de mencionados dois canais de busca de cura e tratamento, nota-se nos dados recolhidos uma certa unanimidade que o curandeiro, ou seja, Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) ainda é a primeira opção de busca de tratamento e cura ao nível das comunidades abrangidas pela auscultação. Factores de natureza sócio cultural associados ao facto de que os sintomas ilustrados estão associados a questões mágico-religiosas e maldição justificam essa opção.

Os comportamentos preventivos apresentados com recurso as ilustrações, foram consideradas relevante e comuns nas comunidades abrangidas pelo estudo. A bota em todas as comunidades é usada para a prática da agricultura e não para pesca, mesmo consciente que ela pode ser um mecanismo de prevenção de algumas doenças, notou-se um certo distanciamento entre os participantes em relação tal prática.

O uso da cinza e do sabão para lavar as mãos antes e depois de comer, também foi um tópico controverso e de pouco consenso entre os membros das diferentes comunidades abrangidas pelo estudo, na medida em que para algumas comunidades, o sabão serve para lavar a roupa e loiça, enquanto a cinza para lavar as mãos. Esta interpretação assenta em dois postulados: primeiro, o sabão tem algum valor financeiro, enquanto a cinza não. Segundo, a cinza está acessível para todas as pessoas, mesmo para aqueles que defecam a céu-aberto podem encontrar a cinza e daí usá-la para purificar as mãos, diferentemente do sabão.

Os participantes revelaram alguma familiarização com as campanhas de saúde promovidas pelo sector de saúde e testemunharam que os provedores de saúde usavam altímetros e administravam medicamentos para prevenção de diarreias, inchaço da barriga e das mamãs.

12. Terminologia usada para referir a uma criança com “barriga grande”

Bibliografia Consultada

1. Augusto G, Nala R, Casmo V, Sabonete A, Mapaco L, and Monteiro J. 2009. Geographic distribution and prevalence of schistosomiasis and soil-transmitted helminths among schoolchildren in Mozambique. *The American journal of tropical medicine and hygiene* 81(5):799-803.
2. Donoghue S. 2000. Projective techniques in consumer research. *Journal of Family Ecology and Consumer Sciences* 28:47-53.
3. Kabatereine NB, Malecela M, Lado M, Zaramba S, Amiel O, and Kolaczinski JH. 2010. How to (or not to) integrate vertical programmes for the control of major neglected tropical diseases in sub-Saharan Africa. *PLoS Negl Trop Dis* 4(6):e755.
4. Leventhal H, and Benyamini Y. 1997. *Illness representations: theoretical foundations*: Harwood Academic.
5. Martin S. 2012. *Community dialogues for healthy children: encouraging communities to talk*. The Learning Papers Series. London: Malaria Consortium.
6. Wiehagen T, Caito NM, Thompson VS, Casey CM, Weaver NL, Jupka K, and Kreuter MW. 2007. Applying projective techniques to formative research in health communication development. *Health Promot Pract* 8(2):164-172.





Maputo, Maio de 2014