



FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

**PRÁTICAS TRADICIONAIS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM CRIANÇAS DE
0 A 5 ANOS DE IDADE NOS DISTRITOS DE MANHIÇA E DE KAMAVOTA, SUL DE
MOÇAMBIQUE**

VERSÃO 2

Nome do estudante: Helena António Namurá Correia, BSc, MSc

Maputo, Julho de 2023





FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

**PRÁTICAS TRADICIONAIS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM CRIANÇAS DE
0 A 5 ANOS DE IDADE NOS DISTRITOS DE MANHIÇA E DE KAMAVOTA, SUL DE
MOÇAMBIQUE**

VERSÃO 2

Nome da estudante: Helena António Namurá Correia, BSc, MSc

Supervisora: Prof. Doutora Khátia Munguambe, BSc, MSc, PhD

Co-supervisor: Dr. Ariel Nhacolo, BSc, MSc

Maputo, Julho de 2023

Declaração de originalidade do projecto

“Eu, Helena António Namurá Correia, declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública na Universidade Eduardo Mondlane”.

Helena António Namurá Correia



Maputo, Julho de 2023

Agradecimentos

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio incondicional do Centro de Investigação em Saúde da Manhiça (CISM), que foi fundamental em todo o processo, desde o desenho do protocolo, a colheita e digitação de dados até limpeza e análise dos mesmos.

Expresso o meu mais profundo reconhecimento à Prof. Doutora Khátia Munguambe, pelo apoio incondicional, com destaque para o enriquecimento ao meu manancial de conhecimentos, incluindo ensinamentos magistérios. Extensivos agradecimentos aos docentes do curso de Mestrado em Saúde Pública, turma de 2014-2015, da Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane.

Aos meus colegas Eugénio Chilengue, Zacarias Zindoga, Elisa Mavili, Lisandra Lanappe, e demais colegas.

Agradeço as dras Felizarda Nhacolo, Yolanda Maússe e Olga Cambaco, investigadoras juniores do CISM, pelo apoio técnico, incentivo e motivação, desde o início da concepção do protocolo até ao fim desta caminhada. O meu muito obrigado vai, ainda, para o Dr. Ariel Nhacolo, Demógrafo do CISM, que incansavelmente me auxiliou no processo do desenho da base de dados e análises dos dados.

A todos os agregados familiares dos distritos de Manhiça e KaMavota que cederam o seu precioso tempo, respondendo todo o questionário, o meu muito obrigado. Agradecimentos especiais vão para os Secretários dos bairros e os Chefes dos quarteirões que deram todo o apoio para o contacto com os agregados familiares muito agradeço pelo auxílio ao longo do trabalho de campo.

Aos meus irmãos pelo encorajamento, a minha sobrinha Ludmila, pelas orações que proporcionaram conforto divino, aos meus cunhados, pelo apoio moral dado durante todo o percurso, a todos vós apraz-me tê-los como minha família e meu porto seguro.

Especial agradecimento aos meus filhos Émerson, Dénzel e Wendi Correia pela paciência que tiveram nos momentos em que não pude dar-lhes toda atenção. Agradeço de modo peculiar ao meu marido Augusto Correia por ser o meu suporte em todos os momentos e por ter contribuído no meu empenho e dedicação.

Dedicatória

Ao meu esposo, Augusto Correia, aos meus filhos, pais, irmãos, sogros e cunhados, pelo encorajamento e carinho durante todo o percurso da minha formação.

In memoriam, aos meus pais António Barros Namuraha e Bela Teresa Uirsone.

ÍNDICE

Declaração de originalidade do projecto	1
Agradecimentos	2
Dedicatória.....	3
RESUMO	7
ABSTRACT	9
Lista de tabelas	
Pag.....	11
Lista de figuras.....	12
1. MOTIVAÇÃO	13
2. OBJECTIVOS.....	14
2.1. Objectivo geral	14
2.2. Objectivos específicos	14
3. CONTRIBUIÇÃO	15
4. PROBLEMA.....	16
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1. Contextualização	19
5.2. Medicina Tradicional no contexto Global	20
5.3. Medicina Tradicional em Moçambique.....	22
5.4 Frequência do uso da Medicina Tradicional, remédios tradicionais e factores associados	23
6. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	24
6.1 Prevenção de doenças na Biomedicina e Etnomedicina.....	24
6.2. Conceito de saúde e doença na perspectiva ética e émica	25
6.3. Modelo Socio-ecológico de Bronfrenbrenner.....	27
7. MÉTODOS	29
7.1. Tipo de estudo	29
7.2. Local do estudo	29

7.3. Período do estudo	31
7.4. População do estudo	31
7.5. Critérios de inclusão e de exclusão no estudo.....	32
7.6. Amostragem e tamanho da amostra	32
7.7. Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados	33
7.8. Variáveis, gestão e análise de dados.....	34
8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	38
10. RESULTADOS.....	40
10.1. Características sociodemográficas na dimensão individual dos participantes.....	40
10.2 Conhecimentos dos cuidadores na dimensão familiar sobre doenças da infância e sua prevenção através da medicina tradicional nos distritos da Manhiça e de KaMavota.....	43
10.3. Conhecimento sobre os remédios tradicionais na dimensão familiar específicos indicados para prevenção de doenças em crianças, modos de preparação e de administração.....	46
10.4 Conhecimento familiar modo de preparação e de administração de remédios tradicionais para prevenir doenças em crianças de 0 a 5 anos.....	50
10.5 Frequência e motivações individuais do uso da medicina tradicional e das práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças	52
10.6 Percepções individuais e comunitárias sobre o efeito e limitações da medicina tradicional na prevenção de doenças da infância	59
10.7 Determinantes Socio demográficos e socioeconómicos da adesão à práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças	60
11.DISCOSSÃO	63
12. CONCLUSÕES	70
13. RECOMENDAÇÕES.....	71
14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	72
15. ANEXOS	80
Anexo I: Carta de aprovação do protocolo de estudo pelo CIBS FM&HCM	80

Anexo II: Folha informativa do participante	81
Anexo III. Consentimento informado para os participantes no estudo sobre:.....	84
Anexo IV. Inquérito aos agregados familiar.....	85

RESUMO

INTRODUÇÃO:

Em Moçambique, 60% da população recorre à medicina tradicional para solucionar os problemas que, na perspectiva do paciente, a medicina convencional não consegue resolver, em parte devido a baixa cobertura do Sistema Nacional de Saúde, mas também devido a um conjunto de valores culturais, crenças e práticas locais que os membros da população têm em relação a doenças e saúde.

OBJECTIVO:

Este trabalho apresenta dados relacionados com as práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças dos 0 aos 5 anos de idades e factores associados, tendo como caso de estudo os Distritos da Manhiça e KaMavota, Província e Cidade de Maputo, respectivamente.

MATERIAL E MÉTODOS.

Este trabalho é um estudo transversal quantitativo baseado num inquérito aos agregados familiares. Os agregados foram seleccionados aleatoriamente com base nas listas fornecidas pelo Centro de Investigação em Saúde de Manhiça e pelos secretários dos bairros (no Distrito de KaMavota).

RESULTADOS:

Perfazendo um total de setecentos e quarenta e quatro cuidadores de crianças, dos quais um foi excluído da análise por ter dados incompletos. A idade dos respondentes variou entre 17 e 84 anos de idade, com uma média de 32.5 anos de idade. Ficou demonstrado que 82.6% dos cuidadores usam medicina tradicional para manter suas crianças saudáveis, tendo sido as doenças de infância mais mencionadas a *doença da lua* (convulsões e vômitos), mencionada por 37.0% dos cuidadores, seguida de *Xilala* (Fontanela afundada, criança magra e com veias visíveis na cabeça) (18.8%), *Mbala ou Disco* (mancha vermelha na nuca) (8.3%), *Dzedzeze* (Malária) (8.2%), *Rumbjana* (hematúria / urina com sangue) (7.6%), *Mukussuane* (constipação / tosse) (6.6%), e *Xifuva* (asma) (5.5%). As práticas levadas a cabo para prevenir doenças em crianças são *Kutsivelela* (fumigação usando uma substância chamada *baço/gordura* de animais como

vaca, tubarão leopardo e cobras) (53.2%), banhos com remédios fervidos (36.5%), incisões ou vacinação tradicional (7.9%) e orações (2.5%). Um pouco menos que metade dos cuidadores (42.8%) disse que tinha sido aconselhado pelas suas mães ou sogras para aderir as práticas tradicionais, seguidos dos que o fizeram por iniciativa própria (29.6%) e daqueles que foram aconselhados pelas (as) avó da cuidadora (16.7%) entre outros, mas as decisões finais para a adopção das práticas mencionadas foram tomadas pelos (as) avós paternas das crianças (42.8%); cuidadores pessoalmente (26.4%) e pelos pais da criança (17.1%). Os dados mostram que 85.7% dos cuidadores que administraram remédios tradicionais às suas crianças disse que não conhecia a composição dos remédios, enquanto 14.3% disse que conhecia. A percentagem dos que conhecem a composição dos remédios é maior na Manhiça (24.1%) do que em KaMavota (6.8%), provavelmente porque os cuidadores da Manhiça estão numa área rural e onde a exposição ou familiarização com as fontes dos remédios (plantas, animais) é maior. A maioria dos participantes que administraram remédios tradicionais as suas crianças (70.8%) acredita que elas estão livres de todas as doenças para as quais foram prevenidas através da medicina tradicional, mas 20.9% não comunga da mesma crença, incluindo alguns (7.0%) que não sabem se suas crianças estão protegidas ou não. As cuidadoras que são filhas ou noras ou netas do chefe do agregado têm 2.4 vezes mais chances de aderirem a práticas tradicionais para prevenir doenças nas suas crianças do que aquelas que são chefes ou esposas dos chefes ($p = 0.03$). Embora com um valor de p acima do limite de significância estatística, o residente na área rural (Manhiça) tem 1,6 mais chances de aderirem a prática de prevenção tradicional do que aquelas que vivem na zona urbana (KaMavota) ($p = 0.07$).

CONCLUSÃO:

Em súmula, o presente estudo é inovador, actual e dos primeiros, senão o primeiro, em Moçambique que aborda práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças usando métodos quantitativos. A análise mostra que o grau de parentesco do cuidador com o chefe do agregado e a área de residência constituem os factores mais importantes na adesão de práticas tradicionais.

PALAVRAS CHAVES: Crianças, tradicional, agregados familiares e cuidadoras.

ABSTRACT

INTRODUCTION:

In Mozambique, 60% of the population uses traditional medicine to solve problems that, in their perspective, conventional medicine cannot resolve, partly due to the low coverage of the National Health System, but also due to a set of cultural values, beliefs and local practices that the population has in relation to illness and health.

OBJECTIVES:

This paper presents data related to traditional practices of disease prevention in children aged 0 to 5 years and associated factors, taking as case study the Districts of Manhiça and KaMavota, Maputo Province and City, respectively.

MATERIAL AND METHODS:

This work is a quantitative cross-sectional study based on a household survey. The households were randomly selected based on lists provided by the Manhiça Health Research Center and neighborhood secretaries (in KaMavota District).

RESULTS:

This amounted to a total of seven hundred and forty-four caregivers, one of whom was excluded from the analysis due to incomplete data. The age of the respondents ranged from 17 to 84 years old, with an average age of 32.5 years. It was shown that 82.6% of the caregivers use traditional medicine to keep their children healthy, with the most frequently mentioned childhood illnesses being moon sickness (convulsions and vomiting), mentioned by 37.0% of the caregivers. 0% of caregivers, followed by Xilala (sunken fontanelle, thin child with visible veins on the head) (18.8%), Mbala or Disco (red spot on the back of the head) (8.3%), Dzedzeze (Malaria) (8.2%), Rumbjana (hematuria / bloody urine) (7.6%), Mukussuane (cold / cough) (6.6%), and Xifuva (asthma) (5.5%). The practices carried out to prevent illness in children are Kutsivelela (fumigation using a substance called spleen/fat from animals such as cows, leopard sharks and

snakes) (53.2%), baths with boiled medicine (36.5%), incisions or traditional vaccination (7.9%) and prayers (2.5%). Just under half of the caregivers (42.8%) said that they had been advised by their mothers or mothers-in-law to adhere to traditional practices, followed by those who did so on their own initiative (29.6%) and those who were advised by the caregiver's grandmother (16.7%) among others, but the final decisions to adopt the practices mentioned were made by the children's paternal grandmothers (42.8%); caregivers personally (26.4%) and by the child's parents (17.1%).

The data shows that 85.7% of the caregivers who administered traditional remedies to their children said they didn't know the composition of the remedies, while 14.3% said they did. The percentage of those who know the composition of the remedies is higher in Manhiça (24.1%) than in KaMavota (6.8%), probably because the caregivers in Manhiça are in a rural area and where exposure or familiarity with the sources of the remedies (plants, animals) is greater. The majority of participants who have administered traditional remedies to their children (70.8%) believe that they are free from all the diseases they have been prevented from through traditional medicine, but 20.9% do not share the same belief, including some (7.0%) who do not know whether their children are protected or not. Caregivers who are daughters or daughters-in-law or granddaughters of the head of the household are 2.4 times more likely to adhere to traditional practices to prevent illness in their children than those who are heads or wives of heads ($p = 0.03$). Although with a p -value above the limit of statistical significance, those living in rural areas (Manhiça) are 1.6 times more likely to adhere to traditional prevention practices than those living in urban areas (KaMavota) ($p = 0.07$).

CONCLUSION:

In summary, the present study is innovative, current, and one of the first, if not the first, in Mozambique that addresses traditional disease prevention practices in children using quantitative methods. The analysis shows that the degree of kinship of the caregiver to the household head and the area of residence are the most important factors in the adherence to traditional practices.

KEY WORDS: Children, traditional, households, and caregivers.

Lista de tabelas**Pag**

Tabela 1.	Características demográficas na dimensão individual dos cuidadores de crianças menores de 5 anos nos distritos da Manhiça e KaMavota, 2016	41
Tabela 2.	Características das habitações dos participantes em Manhiça e KaMavota, 2016	43
Tabela 3.	Doenças mencionadas pelos cuidadores que afectam as crianças menores de 5 anos de idade no distrito da Manhiça e KaMavota, 2016.	44
Tabela 4.	Doenças da infância que os cuidadores acreditam que podem ser prevenidas pela medicina tradicional, Manhiça e KaMavota, 2016.	48
Tabela 5.	Práticas usadas para prevenir doenças em crianças de 0-5 anos de idade na Manhiça e KaMavota, 2016.	46
Tabela 6	Plantas e animais mencionadas pelos cuidadores, que são usados para preparação de remédios para prevenir doenças de crianças nos distritos de Manhiça e KaMavota, 2016	48
Tabela 7.	Frequência das práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças, Manhiça e KaMavota, 2016.	53
Tabela 8.	Motivos pelos quais as crianças não estavam a tomar os remédios tradicionais na data do inquérito, Manhiça e KaMavota, 2016..	56
Tabela 9.	Métodos preventivos tradicionais de doenças em criança dos 0 a 5 anos nos agregados familiares dos distritos de Manhiça e KaMavota.	57
Tabela 10.	Principais conselheiros e decisores para a adesão a prevenção tradicional em crianças dos 0 a 5 anos de idade, Manhiça e KaMavota 2016.	58
Tabela 11.	Percepções individuais e comunitárias sobre as vantagens e desvantagens da medicina tradicional na prevenção de doenças em crianças dos 0 -5 anos na Manhiça e KaMavota, 2016	60
Tabela 12.	Odds Ratios de um cuidador praticar medicina tradicional para prevenir doenças em crianças na Manhiça e em KaMavota, 2016.	62

Lista de figuras

Pag

Figura 1.	Fluxograma de crenças em Saúde	27
Figura 2.	Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1977; 1992; 1996 ; Bronfrenbrenner e Morris 1996; e 1999).	28
Figura 3.	Localização da área de estudo, nomeadamente, distrito da Manhiça e KaMavota.	30
Figura 4.	Carcaça de caracol- (<i>Humba</i>) com folhas de <i>Senna ptersiana</i> que serve para prevenir <i>doença da lua</i> , <i>Nombo</i> .	51
Figura 5.	Panela de barro com pedaços de raízes (decoção) que serve para prevenir doenças: <i>da Lua</i> , <i>Xilala</i> , <i>Disco</i> e <i>Nombo</i> .	51
Figura 6	Pele de <i>Ximofana</i> usado para prevenir <i>Xilala</i> .	51
Figura 7.	Folha de <i>Clausena anisata</i> - Folhas de Fembo usado no banho da criança para fortalecer o crescimento e prevenir a <i>doença da lua</i> .	51
Figura 8.	Criança sendo administranda remédios Tradicionais para prevenção da <i>doença da Lua</i> no distrito da Manhiça.	52
Figura 9.	Métodos preventivos tradicionais de doenças em criança dos 0 a 5 anos nos agregados familiares dos distritos de Manhiça e KaMavota.	54

1. MOTIVAÇÃO

Durante este curso de Mestrado em Saúde Pública aprendi conceitos que vieram galvanizar as inquietações que eu trazia do trabalho que faço há anos como bióloga na Direcção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa no Ministério de Saúde, particularmente no que tange a medicina tradicional preventiva em crianças.

Sempre, tive curiosidade em perceber melhor o enquadramento da toma do remédio tradicional no contexto da Estratégia Nacional de Alimentação Infantil do MISAU que tem vindo a advogar o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, mesmo antes da sua publicação em 2019.

Mostrei-me, de igual modo, particularmente admirada com a aparente alta prevalência das práticas de medicina tradicional na região Sul de Moçambique, a onde o acesso a medicina convencional é alto, quando comparado com as regiões Centro e Norte do país. Também percebi que na zona Sul, as crianças recebem estes remédios tradicionais por muito mais tempo (até cinco anos para o caso de *doença da lua*) do que nas regiões Centro e Norte do país.

Assim, quando chegou a fase da dissertação, achei que era oportuno usar os conhecimentos que aprendi durante este curso para explorar melhor as crenças e práticas da medicina tradicional, particularmente a medicina preventiva em crianças. No meio de tanta incerteza na escolha dos temas, tive o apoio da Dra. Khátia Mungumbe, docente deste curso de mestrado na Faculdade de Medicina, que me encorajou a pesquisar estas práticas que já estão enraizadas no nosso país, tomando como casos de estudo os Distritos da Manhiça e de KaMavota como exemplos do Sul de Moçambique rural e urbano, respetivamente.

2. OBJECTIVOS

2.1. Objectivo geral

Analisar as práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças dos 0 a 5 anos de idade, e factores associados.

2.2. Objectivos específicos

- i. Identificar as doenças que os membros das comunidades acreditam que são preveníveis com recurso a medicina tradicional nos distritos de Manhiça e KaMavota;
- ii. Estimar a frequência das práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças de 0 a 5 anos, nos agregados familiares nos distritos de Manhiça e KaMavota;
- iii. Descrever os métodos de preparação e administração de remédios tradicionais para prevenção destas doenças de infância e;
- iv. Identificar os factores sociodemográficos, económicos e culturais associados à adopção de práticas tradicionais preventivas de doenças na infância nos distritos de Manhiça e KaMavota.

3. CONTRIBUIÇÃO

A presente pesquisa irá contribuir:

- i. Com dados quantitativos que podem ajudar a maximizar os esforços empreendidos no redimensionamento das mensagens de promoção de saúde para a prevenção de doenças em crianças menores de cinco anos em todos os segmentos da população moçambicana e também sobre o aleitamento materno exclusivo;
- ii. Com conhecimento da frequência de práticas tradicionais e características da população que as segue de modo que os formuladores e gestores de programas de saúde possam contextualizar e adequar melhores estratégias, principalmente sobre como maximizar os benefícios das duas medicinas, sem que uma prejudique a outra, como por exemplo através da calendarização das vacinações, prescrições médicas, e gestão de riscos, por exemplo os de intoxicação por remédios tradicionais; e
- iii. De base para alimentar futuras pesquisas relacionadas com o uso de práticas tradicionais para prevenir doenças em crianças de 0 a 5 anos de idade em populações que convivem com os valores tradicionais e modernos simultaneamente em outras áreas de estudo.

4. PROBLEMA

O uso inadequado de plantas medicinais pode resultar em eventos adversos graves intoxicações dos rins e do fígado e altas taxas de morbi- mortalidade, especialmente em crianças menores de cinco anos de idade (Ekor, 2013). Por isso a utilização de plantas medicinais e remédios em crianças devem ser submetidos a uma supervisão rigorosa por parte dos pediatras e educadores de saúde (Opaneye, 1998).

A medicina tradicional é muito usada a nível do mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que pelo menos 80% da população mundial dependem da medicina tradicional para atenção aos cuidados de saúde primários (OMS, 2002). Na África subsaariana a medicina tradicional desempenha um papel ainda mais crucial, onde cerca de 70-90% da população usa a medicina tradicional como primeira opção para os cuidados de saúde primários (Antwi-Baffour et al., 2014). Evidências nesta região subsaariana é reforçada através do estudo realizado por Towns et al., 2014 que avaliou o conhecimento das mães, sobre a prevenção de doenças tradicionais, padrões de comportamento e procura de cuidados de saúde para os seus filhos menores, onde estimou que 80% delas recorreu a medicina tradicional, cuidados biomédicos e plantas medicinais, devido á capacidade destas últimas apresentarem eficácia percebida na prevenção de doenças infantis. Ainda no mesmo estudo, o pesquisador referiu que as mães de Benim e do Gabão compartilharam as práticas tradicionais para monitorar o fecho da fontanela como forma de evitar a entrada de maus espíritos na criança resultando no crescimento atrofiado da mesma. E para esta prevenção recorrem a pomadas caseiras feitas com algumas folhas de plantas medicinais aplicadas directamente na cabeça do bebé, assim como aplicados no cordão umbilical dos recém-nascidos para acelerar o período de recuperação (Towns et al., 2014).

Informação similar também foi registada no Quênia e na Tanzânia com o mesmo tipo de práticas tradicionais para prevenir doenças em bebés e em crianças menores de 5 anos. Eles usam remédios à base de ervas, pulseiras e amuletos, incisões feitas na testa e noutras partes do corpo untadas com ervas queimadas para afastar o "mau-olhado", a feitiçaria e as doenças infecciosas (Ndhlovu et al., 2022).

Na África do Sul, também as práticas são semelhantes onde cerca de 60-80% da população recorre a medicina tradicional como primeiro contacto para aconselhamento e tratamento de problemas de saúde, tornando um problema para os enfermeiros, uma vez que estas práticas da

medicina tradicional são desafiantes e são vistas pelos profissionais biomédicos como factores que representam riscos para a saúde dos seus pacientes e, neste caso, dos bebés que são submissas as mesmas (Ramaube, 2018).

Estudo realizado na África do Sul com algumas cuidadoras de crianças menores de cinco anos, estas acreditam que o tratamento biomédico é melhor do que dos praticantes de medicina tradicional, mas elas continuam usando remédios tradicionais para doenças que supostamente a medicina convencional não consegue prevenir mesmo cientes dos perigos associados ao consumo de plantas medicinais em crianças. (De Villiers, 2003).

Apesar de ser amplamente utilizada em África, a medicina tradicional tem sido vista com muito cepticismo pelos profissionais da medicina convencional principalmente pela falta de informação científica sobre a composição e dosagem, porque a maior parte destes remédios não foram realizadas pesquisas clínicas (Chavann e Patwardhan, 2006).

Em Moçambique devido a factores não identificados a maioria da população busca cuidados de saúde junto aos Praticantes de Medicina Tradicional e Alternativa (PMT). O MISAU (2004), estima que no ano de 2004 cerca de 60% das necessidades de cuidados de saúde primários na comunidade foi coberto pelo (PMT). As práticas tradicionais para prevenção de doenças em crianças (menores de 5 anos de idade) em Moçambique incluem rituais e administração de remédios tradicionais, incisões e banhos com ervas medicinais para promover o desenvolvimento sadio da criança (Guiliche, 2002; Munguambe, 2001). Estas práticas de prevenção de doenças assentam no pressuposto de que o bem-estar de saúde requer uma capacidade para se proteger dos males naturais e “enviados por espíritos dos antepassados”, através do equilíbrio e paz entre o corpo, os vizinhos, e alimentação e a prática abrange todos os estratos sociais e culturais principalmente em zonas onde as distâncias para uma Unidade Sanitária está a mais de trinta minutos de caminhada (Meneses, 2000).

Em reconhecimento ao uso mundial da medicina tradicional, a OMS estabeleceu a Estratégia de Medicina Tradicional 2014-2023, na qual recomenda e promove num dos objectivos “o uso seguro e eficaz da medicina tradicional através da regulamentação, avaliação e integração de produtos, práticas e praticantes de medicina tradicional, nos sistemas de saúde, conforme apropriado” (OMS, 2013). E ainda desafia aos investigadores a fazer pesquisas na área da medicina tradicional de modo a trazer evidências científicas credíveis que possam guiar as estratégias para promover o uso seguro e eficaz da medicina tradicional. É neste contexto que

esta dissertação aborda um dos aspectos mais básicos da pesquisa sobre a medicina tradicional, nomeadamente, identificação das práticas tradicionais e quantificação da frequência com que estas práticas são usadas, comparando um meio urbano e um meio rural.

Questões de pesquisa

Este estudo pretende responder as seguintes perguntas de pesquisa:

- i. Qual é a proporção de cuidadores de crianças dos 0 a 5 anos que usam a medicina tradicional para prevenir doenças nos Distritos de Manhiça e KaMavota?
- ii. Quais são as práticas de prevenção de doença das crianças de 0 a 5 anos e qual é o seu propósito? Como é que são realizadas?
- iii. Quais são os factores demográficos, socioculturais e socioeconómicos que influenciam na adesão das práticas tradicionais preventivas de doenças em crianças dos 0 a 5 anos de idade?

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1. Contextualização

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha definido que a assistência à saúde da criança é uma prioridade a nível global, muitas crianças ainda continuam a morrer sem terem recebido cuidados sanitários adequados. Por exemplo, em 2021, 5 milhões de crianças a nível global morreram antes dos 5 anos de idade (OMS, 2023). Este fardo é mais elevado na África Subsaariana onde as crianças têm um risco de morrer 15 vezes maior do que as crianças dos países de alta renda. Isto é reflexo da desigualdade geográfica e socioeconómica que persiste dentro dos países desta região do sul do Sahara (OMS, 2023) e entre estes e outros países de alta renda. Globalmente, as doenças infecciosas, incluindo pneumonia, diarreia e malária, continuam sendo uma das principais causas de mortes de menores de cinco anos, juntamente com parto prematuro e complicações relacionadas ao parto - todas estas causas são preveníveis e/ou tratáveis com intervenções simples e acessíveis, incluindo imunização, nutrição adequada, água e alimentos seguros e cuidados de qualidade por um profissional de saúde treinado quando necessário (OMS, 2013).

Em Moçambique, os esforços que o Ministério de Saúde (MISAU) tem vindo a empreender para baixar a mortalidade infantil tem mostrado resultados positivos, com a taxa de mortalidade infantil a baixar de 64 mortes em menores de 1 ano de idade por 1,000 nascidos vivos em 2011 para 45 em 2019 (MISAU, 2019). Além disso 45/1000 crianças continuam a morrer antes de celebrar o seu quinto aniversário. No entanto uma vez que as taxas de mortalidade infantil continuam altas muito deve ser feito ainda para realizar a visão global de eliminar a mortalidade infantil evitável como parte dos novos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (UNICEF, 2018). Embora estas mortes sejam atribuídas a causas preveníveis, a sua prevenção e o manejo continuam inadequados devido a baixa cobertura ou acesso limitado aos serviços de saúde, para além da fraca procura dos serviços por parte da população (UNICEF, 2018). O rácio de habitantes por unidade sanitária em Moçambique é de 16,060; cerca de 50% da população vive há mais de 14 Km da Unidade Sanitária (US) mais próxima, isto significa muito acima do recomendável. A implantação de uma US seja na zona Rural ou Urbana, deve garantir que, pelo menos, 75% da população servida habite a uma distância de até 1/2 hora de percurso,

procurando que no limite máximo, não ultrapasse 1 hora (entre 1 a 4 Km), o que exige do Sistema Nacional de Saúde melhorias estruturais importantes (MISAU, 2019).

As dificuldades acima indicadas, juntamente com outros factores, fazem com que a população recorra a medicina tradicional, particularmente nas zonas rurais do país onde o sector de saúde formal é limitado (DNMTA 2019). No entanto, mesmo em áreas geográficas com coberturas elevadas dos serviços de saúde, incluindo as grandes cidades, a população recorre a medicina tradicional, movida por valores étnico-culturais e crenças sobre a prevenção e cura de doenças (Guiliche, 2002). Assim como acontece na busca dos serviços formais de saúde, muitas das acções de busca de cuidados de saúde tradicionais (quer na prevenção, como no tratamento) são ditadas por percepções e crenças sobre a etiologia, o diagnóstico e o prognóstico da doença (Matsinhe et al., 2007). Estudos sobre a busca de cuidados sanitários tanto em África como na Europa e América salientam o poder dos cuidadores de decidirem, em que situações acham que devem usar a medicina tradicional e em que situações devem usar a medicina convencional (Ekor, 2013).

5.2. Medicina Tradicional no contexto Global

A nível global, a medicina tradicional vem ganhando espaço por ser uma prática que está a ser muito difundida em debates de saúde pública desde muito tempo (De Assis et al., 2018). Destaca-se a apropriação destas práticas especialmente pela população rural devido a as desigualdades na saúde, entre os quais, também é possível perceber que existem diferenças sociais e determinantes de saúde mais vulneráveis (baixo acesso aos cuidados de saúde na zona rural) (De Assis et al., 2018). Esta medicina compreende aspectos do conhecimento tradicional que se desenvolveram ao longo de gerações dentro das crenças folclóricas de várias sociedades antes da era da medicina convencional. Nesta perspectiva global, diversos sistemas de medicina tradicional têm sido divulgados e utilizados. Em países como a Índia e China as duas medicinas coexistem com relativa harmonia (Ahmad, 2008; Zhang, 2000), mas em outros países como Moçambique a medicina tradicional foi negligenciada a favor da medicina convencional e da religião no tempo colonial (Cruz, 1910; Polanah, 1967; Junod, 1939; Rita-Ferreira, 1967-68). Mas a partir de 1977, a medicina tradicional assume destaque relevante na saúde pública com o reconhecimento de governos, agências internacionais e entidades sanitárias (De Assis et al., 2018). Este reconhecimento teve o seu auge em 1978 na Conferência de Alma Ata, onde a OMS exortou,

vivamente, aos Governos dos Estados membros, a darem máxima importância à medicina tradicional e integrá-la em práticas cientificamente comprovadas, incluindo o desenvolvimento local de remédios tradicionais, disponibilizando desta forma, uma fonte de cuidados primários de saúde acessível às comunidades (OMS, 1978). Volvidas quatro décadas depois desta conferência, a OMS, publicou estratégias sobre a medicina tradicional para o período 2002-2005, que definiu diretrizes para o trabalho entre a medicina convencional e tradicional como forma de ampliar a cobertura e o acesso da população à saúde especialmente em países em desenvolvimento. Muitos países avançaram na criação de condições para esta integração. Assim, até 2012, um total de 40 países¹ tinha adoptado políticas nacionais de medicina tradicional, em comparação com oito países, em 2000. Ainda nesta perspectiva, 19 países tinham planos nacionais estratégicos e códigos deontológicos de medicina tradicional, e 13 países possuíam políticas nacionais de conservação de plantas medicinais. Ademais, 29 países elaboraram regulamentação e nove países adoptaram legislação nacional para protecção dos Direitos de Propriedade Intelectual (DPI) e dos conhecimentos de medicina tradicional (CMT). Seis países criaram comissões nacionais de praticantes de medicina tradicional e cerca de 25% dos Estados-Membros adoptaram o leque completo das componentes e das políticas nacionais. Em 2012, um total de 24 países² tinha criado programas nacionais de medicina tradicional, em comparação com 10 países, em 2000; 39 tinham criado gabinetes nacionais de medicina tradicional, em comparação com 15 em 2000; e 24 países criaram comissões nacionais de peritos como mecanismos multidisciplinares e multisectoriais, para apoiarem a formulação e a implementação de políticas, estratégias e planos relacionados com a prática da Medicina Tradicional. Embora sejam necessários serviços de medicina tradicional para incrementar a colaboração e a complementaridade entre os praticantes dos dois sistemas de medicina em África, apenas o Gana conseguiu criar clínicas de medicina tradicional, em 19 hospitais regionais (OMS, 2013). Todos estes avanços sugerem que, actualmente, a comunidade científica encontra-se num momento mais privilegiado da história

¹África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Guiné Equatorial, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Guiné, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

² África do Sul, Angola, Benim, Camarões, Congo, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Mali, Maurícia, Moçambique, Níger, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo e Zimbabwe.

porque a medicina tradicional está a ser revalorizada e reconhecida oficialmente como parte integrante do sistema de saúde a nível mundial em geral e em Moçambique em particular. Uma das áreas mais incentivadas e avançadas da avaliação científica da medicina tradicional é a classificação taxonómica das plantas e descrição dos propósitos terapêuticos das mesmas a nível global incluindo Moçambique (MISAU, 2004).

5.3. Medicina Tradicional em Moçambique

Em Moçambique a medicina tradicional foi negligenciada desde a época colonial, conotada ou designada de obscurantismo pelos políticos e alguns académicos, e de feitiçaria e imundice pelos religiosos (Junod, 1939; Rita-Ferreira, 1967; Polanah, 1967; Cruz, 1910). Esta situação perdurou mesmo no período pós-independência, em 1975, embora o III Congresso da Frente da Libertação de Moçambique (FRELIMO) tenha projectado dinamizar a investigação científica como forma de “valorizar os aspectos positivos da medicina tradicional e eliminar as práticas obscurantistas” (MISAU, 1981). Assim, em 1977, foi criado o gabinete de Estudos de Medicina Tradicional (GETM), no Ministério da Saúde, o qual definia a “medicina tradicional” como “o conjunto de conhecimentos empíricos, desorganizados, deturpados do seu conteúdo pelo processo de transmissão oral, e muitas vezes revestidos por práticas obscurantistas, como é o caso de ritos.” (MISAU, 1981). No processo das reformas políticas e a democratização em 1992, foi criada a primeira Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO)³. Em 2004, o governo aprovou a Política de Medicina Tradicional e a Estratégia para a sua implementação cujo objectivo principal era de integrar a medicina tradicional no sistema nacional de saúde, de modo a garantir cuidados de saúde primários seguros e de qualidade a toda a população moçambicana (MISAU, 2004). Em 2010 foi criado o Instituto de Medicina Tradicional (IMT), que em 2018 foi substituído pela Direcção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa (DNMTA), com o objectivo de coordenar a integração da Medicina Tradicional e Alternativa no Sistema Nacional de Saúde, que inclui obter a colaboração do PMT, no desenvolvimento e implementação dos programas do Ministério de Saúde e fazer velar o uso

³ A AMETRAMO foi criada em 1987 e oficialmente registada em 1992 com o envolvimento dos ministérios moçambicanos da saúde e da cultura. Esta associação congrega praticantes da MT de todo o país independentemente da raça, sexo, idade, filiação religiosa e política (Honwana 2002: 176)

apropriado e seguro, da medicina tradicional e alternativa, com vista a sua valorização (MISAU, 2019). Uma das grandes realizações do IMT, foi a inclusão das actividades da medicina tradicional nos documentos macros como Planos Estratégicos do Sector de Saúde (PESS), Plano Quinquenal do Governo e a elaboração do primeiro Plano Estratégico do IMT com objectivos de: garantir os cuidados de saúde primários, seguros, eficientes, eficazes e com qualidade a toda a população moçambicana com recurso ao uso da medicina tradicional e alternativa, capacitar o PMT em matérias de cuidados de saúde primários, como forma de integrá-lo no SNS. Também o IMT iniciou com a elaboração da lei da Medicina Tradicional de Moçambique, fortificou a colaboração com as diversas associações de Medicina Tradicional (MISAU, 2019). Após a substituição do IMT para a DNMTA, esta Direcção deu continuidade das actividades realizadas pelo IMT, abrindo espaço para a elaboração de regulamentos de Medicina Tradicional em Moçambique (MISAU, 2019).

Um dos passos levados a cabo em Moçambique foi a caracterização dos PMTs assim existem dois tipos de Praticantes de Medicina Tradicional (PMT), nomeadamente, os Vanyamusoros (espiritualistas) e os Nyangarumes (ervanários), (DNMTA, 2019; Granjo, 2014 e (Meneses, 2000). Segundo estes autores, Vanyamusoros são aqueles que entram em possessão espiritual para descobrirem as causas ou razões de um determinado acontecimento e soluções para restabelecer o equilíbrio. Os Nyangarumes, que também fazem adivinhas para curar e combater o mal, fazem-no sem entrar em possessão espiritual e dedicam-se a medicina à base de plantas. Contudo, além do PMT, alguns membros de famílias e os idosos na comunidade que conhecem remédios tradicionais oferecem assistência sanitária em diagnóstico e tratamento de doenças do fórum tradicional à população.

5.4 Frequência do uso da Medicina Tradicional, remédios tradicionais e factores associados

A história da Medicina Tradicional é tão longa quanto a história dos humanos no mundo (Hailu et al., 2020). Cerca de 80 % da população mundial depende da medicina tradicional (MT) para suas necessidades de cuidados de saúde primária (Tizazu, 2020; OMS, 2011). O uso da MT varia de 70% a 90% dependendo dos países desenvolvidos da Ásia e da África. Cerca de 2,9 milhões de crianças e adolescentes americanos usaram ervas ou seus suplementos (Wu et al., 2013). Na China, crianças com doença crônica ou entre pacientes internados e em ambulatório há maior uso de fitoterápico (Du, 2014). O uso de medicamentos fitoterápicos entre crianças é de

85,5% na Alemanha (Hunmer, 1946). Crianças com doenças neuropsiquiátricas usam fitoterapia cerca de 35,4% (Jeolng, 2012). As crianças em idade escolar primária na Coreia do Sul com problemas epiléticos 17,2% usam fitoterapia em alta faixa variando de 65,2% a 67,8% (Lee et al., 2018). Na Turquia, a prevalência de uso pediátrico de fitoterápicos e remédios tradicionais foi de 58,6% (Araz et al., 2011); (Bülbül et al., 2009) relataram que 27% dos pais, que usaram produtos à base de plantas para prevenir doenças de seus filhos dentro de 1 ano, e usaram sem recomendação médica.

A nível da África 90% depende de MT principalmente na África subsaariana. Na Etiópia por exemplo mais de metade de todas as medicinas tradicionais existentes são usadas tanto na pediatria como em outras faixas etárias para prevenir doenças (Tizazu, 2020).

Em Moçambique de acordo com os dados da (DNMTA, 2019) é comum as mães usarem remédios tradicionais para prevenirem doenças de crianças assim como de adultos. A maioria dos remédios fitoterápicos vendidos nos mercados para prevenir doenças de crianças é usada para tratar tosse, resfriado e distúrbios intestinais.

6. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

6.1 Prevenção de doenças na Biomedicina e Etnomedicina

A questão da prevenção de doenças entende-se melhor quando abordado dentro de cada um dos sistemas de conhecimentos existentes, nomeadamente o sistema da biomedicina e o sistema da etnomedicina ou da medicina tradicional, porque as noções de causalidade (etiologia) nos dois sistemas por vezes não coincidem (Meneses, 2000). A Biomedicina “(*designada de medicina alopática ou medicina Ocidental*)” surge como junção entre o *tekné* e o cristianismo (Comelles, 1993:172, e biomedicina interessa-se pela prevenção, diagnóstico, identificação, classificação e as causas das doenças, bem como pela procura por medicamentos correctos para combater ou controlar doenças (Meneses, 2000). A prevenção de doenças é um ramo da Biomedicina que se concentra em ajudar as pessoas a evitar contrair doenças, tanto em indivíduos quanto em comunidades (Leavell e Clarck, 1978: 17). Ainda segundo o mesmo autor, a prevenção em saúde “exige uma acção antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (Leavell e Clarck, 1978: 17).

A etnomedicina ou medicina tradicional é baseada em crenças e práticas dos povos tanto africanos assim como a nível global incluindo no nosso país. Abrange métodos por plantas medicinais, animais e outras substâncias medicamentosas, bem como o auxílio de praticantes desta medicina (Meneses, 2000).

Ao focalizar-se na prevenção de doenças do fórum tradicional, i.e., aquelas que, segundo as perspetivas populares, não se enquadram no pressuposto de que a doença é só devida a causas mecánísticas, que podem ser potencialmente compreendidas e curadas pela aplicação do método científico (Green, 1999), este estudo enquadra-se no sistema de conhecimentos da etnomedicina. Ainda neste sistema de conhecimento as doenças baseiam-se em crenças de saúde, as quais no contexto tradicional africano muitas vezes se enquadram de acordo com as causas localmente percebidas, que definem o tipo de provedor a que recorrer dependendo da etiologia da doença, originando uma busca complementar entre a medicina tradicional e a biomedicina, pelos doentes e seus familiares (Honwana, 2002).

6.2. Conceito de saúde e doença na perspectiva ética e émica

Existem duas perspectivas usadas para definir a doença, nomeadamente a perspectiva ética e a perspectiva émica. Na perspectiva ética, a saúde é um conceito flexível que é avaliado num contexto sócio cultural mais complexo (Baer, Singer e Susser, 2003; Fulane, 2012). Assim, a definição padrão de saúde nesta perspectiva é a da OMS (2002), segundo a qual a saúde é “o estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Nesta perspectiva, as doenças são causadas por factores ambientais e constituem uma preocupação permanente do homem, independentemente do contexto socio-cultural em que as pessoas se situam. A perspectiva ética é a maneira pela qual as pessoas encaram a vida, as situações ou suas posições sobre ela, é o que elas acham que é certo (Baer, Singer e Susser, 2003). A ética na saúde é fundamental para organizar, delimitar a prática correcta e honesta da medicina. A medicina convencional enquadra-se nesta perspectiva.

Dois termos ganharam destaques nas discussões sociais sobre *Disease* (doença como um processo fisiológico conjunto de alterações funcionais) e *Illness* (doença como uma experiência). Segundo Alves (2006), o conceito de *Disease* refere-se a doença como um processo patológico concebido por um determinado modelo institucionalizado ou profissional da medicina, enquanto *Illness* é a percepção subjectiva dos indivíduos sobre a doença e, nesse sentido envolve questões

morais, sociais, psicológicas e físicas. Portanto *Illness* refere-se às anormalidades da doença culturalmente incorporadas (Uchôa e Vidal, 1994; Eisenberg, 1977).

Na perspectiva émica a saúde é definida pelas relações harmoniosas entre os seres humanos e o meio ambiente; entre eles e os seus antepassados, e entre aqueles e o meio ambiente (Honwana, 2002; Fulane, 2012). A Medicina Tradicional enquadra-se nesta perspectiva émica, que define a saúde como sendo “*a combinação total de conhecimentos e práticas, sejam ou não explicáveis, usados no diagnóstico, prevenção ou eliminação de doenças físicas, mentais ou sociais e que podem assentar, exclusivamente, em experiências passadas e na observação transmitida de geração em geração, oralmente, ou por escrito*” (OMS, 2013: 1).

A perspectiva émica distingue dois sistemas de etiologias leigas das doenças em função da explicação predominante que cada sociedade dá para a origem das doenças: Sistemas personalísticos e sistemas naturalísticos (Foster, 1976). Assim, o sistema de etiologia personalístico é aquele em que o conhecimento e as crenças sobre saúde e doença estão associados principalmente ao universo espiritual e religioso. No sistema etiológico naturalístico as doenças são compreendidas como originadas através de forças naturais como por exemplo, o calor, o frio, vento, humidade, ou ainda, pelo desequilíbrio entre o indivíduo e o ambiente social. Ainda no mesmo pensamento, Foster (1976) explica que no sistema personalístico, a doença é consequência da acção propositada de um agente, humano- feiticeiro (alguém com espíritos malignos) ou um espírito sobrenatural, uma divindade poderosa, tornando assim a doente uma vítima ou objecto de agressão ou punição. Neste sistema naturalístico, o indivíduo não é vítima, mas agente da sua própria doença, como consequência dos seus actos e seu comportamento, onde esteve, porque se expôs. Embora haja diferenças na explicação dos dois sistemas para a origem das doenças e cura, ambos estão fortemente ligados ao mágico espiritual e religioso, por isso, os seus métodos preventivos são ritualizados e, quando se preparam ou se aplicam os remédios tradicionais eles são cercados de procedimentos e contágio místicos ou mágicos, que visam-lhes dar a virtude de cura (Rodrigues, 2001). O contágio místico e a violação de tabus são também algumas das causas atribuídas as doenças nestes contextos (Green, 1999). A *doença da lua* – caracterizada por convulsões - é um exemplo de doença percebida pela medicina tradicional como doença de contágio místico (Munguambe, 2001; Munguambe, 2006; Marrato, 1990). Assim, as doenças do fórum da medicina tradicional enquadram-se na perspectiva émica. A seguir apresenta-se o fluxograma de crenças em saúde por (Honwana, 2002).

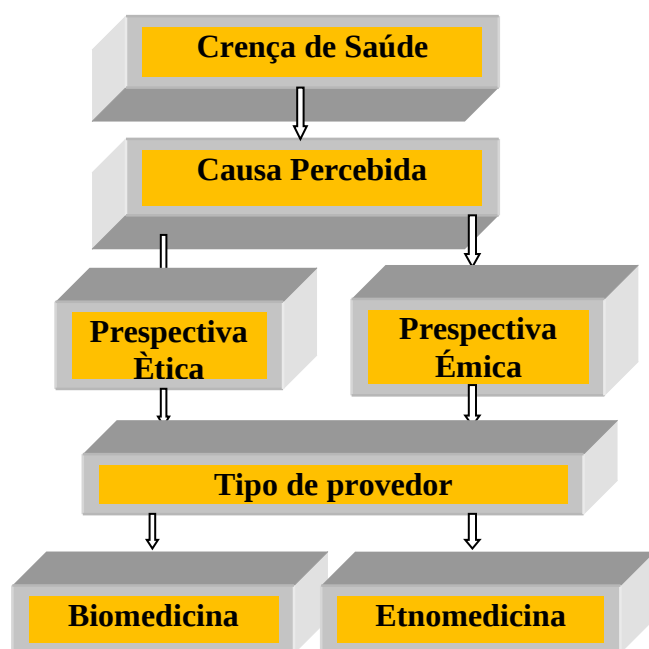


Figura 1: Fluxograma de crenças em Saúde (Honwana, 2002)

6.3. Modelo Socio-ecológico de Bronfrenbrenner

A prevenção de doenças requer uma compreensão de factores que influenciam para a adesão às determinadas práticas, tanto tradicionais como religiosas e convencionais. Para identificar e compreender estes factores, vários modelos conceptuais de saúde têm sido usados, dos quais se destacam o modelo biomédico, o modelo processual, o modelo sistêmico, o modelo mágico-religioso e o modelo de determinação social da doença (Almeida Filho e Rouquayrol, 2006). Dentro do modelo de determinação social da doença encontra-se o modelo ecológico de desenvolvimento Humano de Bronfrenbrenner, que é um dos usados para analisar aspectos de um indivíduo em desenvolvimento, o contexto em que vive e dos processos interativos que influenciam o próprio desenvolvimento humano, em determinados períodos de tempo. (Bronfrenbrenner, 1992). Este modelo pressupõe que a acção de um indivíduo é influenciada por factores que podem ser agrupados em quatro dimensões, nomeadamente: (i) individual; (ii) familiar e redes sociais; (iii) comunitária e; (iv) a social estrutural.

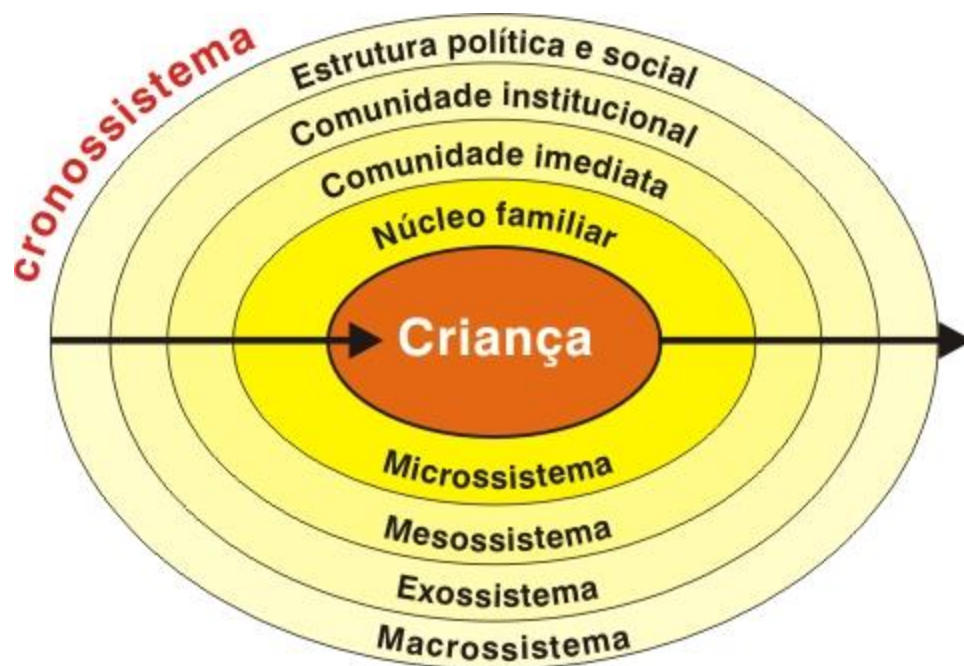


Figura 2: Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1977; 1992; 1996 1998; Bronfrenbrenner; Morris, 1996, e Bronfenbrenner, 2005).

Os factores da dimensão individual – referem-se as características individuais das pessoas (idade, nível de escolaridade, ocupação e o sexo) e suas experiências de vida que em conjunto influenciam o comportamento dos indivíduos e aumentam a probabilidade de usar práticas tradicionais ou não na prevenção de doenças em crianças. No entanto, Bronfrenbrenner e Morris (1998) salientam que nenhuma característica da pessoa pode existir ou exercer influência sobre o desenvolvimento isoladamente.

Os factores da dimensão familiar e de redes sociais – referem-se a todos os hábitos, costumes e práticas ao nível das famílias e das redes sociais de que as pessoas fazem parte, que tendem a influenciar a tomar certas decisões, por exemplo se é costume da família adoptar umas práticas, os membros podem ser influenciados a realizar as mesmas práticas. O nascimento de uma criança numa família é considerado um dos momentos importantes para desencadear tomadas de decisões importantes num casal ou família sobre a prevenção de doenças nesta criança (Dessen; Braz, 2000). Segundo, Tomereleri e Marcon (2009), a prática do cuidado das crianças tende a ser estabelecida de acordo com o relacionamento familiar, as pessoas envolvidas no processo de cuidar das crianças aprendem umas com os outros. Neste estudo, foram analisadas as relações de

parentesco dos cuidadores com o chefe, grau de parentesco do cuidador com a criança, características demográficas do chefe, e número de adultos e crianças no agregado familiar.

Factores da dimensão comunitária - aqui estão incluídos os elementos sociais que não afectam directamente o indivíduo nem o seu desenvolvimento, mas que funcionam como um suporte ou referência de base essencial; por exemplo a existência ou não de centros de saúde na comunidade influenciam os factores mais directos ou próximos do nível individual (Bronfrenbrenner, 1996). Nesta pesquisa são analisadas as normas existentes na comunidade para adesão a prevenção tradicional de doenças em crianças.

Factor da dimensão social e estrutural - este nível é composto pelo padrão global de ideologias tais como o contexto cultural em que as pessoas foram educadas, os valores culturais, as crenças transmitidas pelas suas famílias de origem, bem como a sociedade actual em que elas vivem. Estes factores influenciam na forma como educam e cuidam dos seus filhos (Bronfrenbrenner, 1996; Polleto e Koller, 2002). As práticas da medicina tradicional variam muito de país para país, e de região para região, dado que são influenciados por factores tais como: a cultura, a história, as atitudes pessoais, etc (OMS, 2000). Nesta pesquisa foi analisada a religião dos respondentes, local de nascimento e a língua materna como variáveis que possam influenciar na adesão das práticas da prevenção tradicional de doenças em crianças.

7. MÉTODOS

7.1. Tipo de estudo

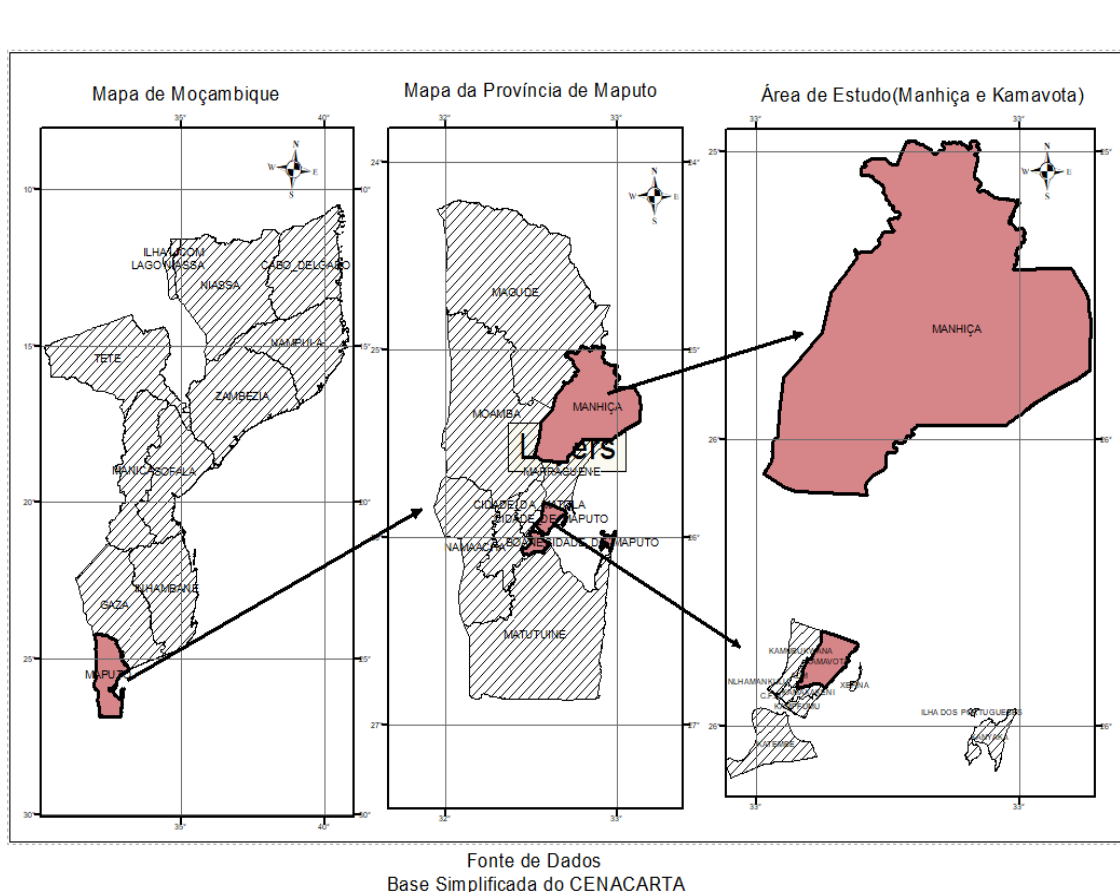
Este é um estudo descritivo transversal com uma abordagem quantitativa.

7.2. Local do estudo

O estudo foi realizado nos distritos de Manhiça e KaMavota, localizados na Província e Cidade de Maputo, respectivamente (figura 2). O distrito de Manhiça foi seleccionado pelo facto da presença do Centro de Investigação em Saúde da Manhiça (CISM), que vem realizando pesquisa na área de ciências sócio comportamentais, e porque já tinha financiamento para realização de um estudo sobre práticas de medicina tradicional na Manhiça e um distrito municipal da Cidade de Maputo. O distrito de KaMavota foi escolhido porque constitui a maior área de saúde da Cidade de Maputo (INS, 2018).

Manhiça localiza-se a 80 Km a Norte, da cidade de Maputo. É limitada a Norte, pelo distrito de Macia (Província de Gaza); a Sul, pelo distrito de Marracuene; a Oeste, pelos distritos de Moamba e de Magude; e a Este, pelo Oceano Índico. O distrito tem uma superfície de 2,380 Km², (Nhacolo et al., 2021). Segundo dados do INE, a população de Manhiça era de 208,466 habitantes com 50,131 agregados familiares. A rede sanitária do distrito compreende duas unidades sanitárias de referência, nomeadamente o Hospital distrital da Manhiça (HDM) e o Hospital Rural de Xinavane (INE, 2017). Em 2019 o distrito tinha cerca de 205 PMT registados, dos quais 22 foram formados em cuidados de saúde primários pela Direcção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa (DNMTA, 2019).

Figura 3: Localização da área de estudo, nomeadamente, distrito da Manhiça e KaMavota (Cenecarta, 2021)



O distrito municipal KaMavota situa-se na cidade de Maputo, capital de Moçambique. Esta cidade localiza-se na margem Ocidental da Baía de Maputo, no extremo Sul do país e é limitada a Norte pelo distrito de Marracuene, a Noroeste e Oeste pelo município da Matola, a Oeste pelo distrito de Boane, e ao Sul pelo distrito de Matutuine (INE, 2017). A cidade de Maputo é constituída por 7 distritos municipais. O distrito de KaMavota foi escolhido porque constitui a maior área de saúde da Cidade de Maputo. No distrito Municipal KaMavota há oito Unidades Sanitárias, um hospital geral e 17 Centros de saúde e 12 Bairros nomeadamente Bairro 3 de Fevereiro, Albazine, Costa de Sol, Ferroviário, FPLA, Hulene A e Hulene B, Laulane, Mahotas, Mavalane A e Mavalane B (INS, 2018). Foi selecionado os bairros Mavalane A e Mavalane B porque estão próximo do Hospital Geral de Mavalane. Esta é uma área peri-urbana com uma população de 331,965 habitantes. Existem em todo distrito 69,142 agregados familiares (INE, 2017).

A Direcção Nacional de Medicina tradicional e Alternativa (DNMTA) indicam que neste distrito existem 126 Praticantes de Medicina Tradicional, alguns dos quais fazem parte do Comité de Cogestão, Humanização e Mortes Maternas, nas unidades sanitárias do distrito de KaMavota (DNMTA, 2019).

7.3. Período do estudo

Os dados apresentados neste estudo referem-se ao período de Abril a Junho de 2016, altura em que se fez a recolha de dados.

7.4. População do estudo

A população de estudo foi composta por grupo alvo primário representado pelos chefes do agregado ou membro idóneo e grupo alvo secundário representado pelas cuidadoras de crianças menores de 5 anos de idade, residentes no distrito municipal de KaMavota ou no distrito de Manhica. A idade da população de estudo foi definida como a pessoa maior de 18 anos com capacidade de responder ao questionário.

7.5. Critérios de inclusão e de exclusão no estudo

O estudo incluiu pessoas que satisfizessem simultaneamente os seguintes critérios:

- i. Ser residente em um agregado familiar dentro das áreas de estudo há mais de 3 meses;
- ii. Ser residente num agregado familiar com pelo menos uma criança de 0 a 5 anos de idade;
- iii. Ser maior de 18 anos e com capacidade de responder ao questionário sobre a criança;
- iv. Aceitar participar no estudo e assinar consentimento informado;

Foram excluídas do estudo as pessoas que:

- v. Não tem incapacidade de responder ao questionário, devido a dificuldades como a de língua, problemas de saúde, ou estado emocional inadequado;

7.6. Amostragem e tamanho da amostra

Foi feita amostragem aleatória. O número de agregados familiares em cada distrito foi calculado assumindo que a proporção de agregados familiares que recorrem a práticas preventivas tradicionais é de 60%, conforme indicado em estudos similares a nível da África Austral (MISAU, 2004). Assim, estimou-se que um mínimo de 369 agregados familiares em cada local de estudo (totalizando 738 agregados familiares em ambos locais) seria suficiente para produzir estimativas representativas da população que usa medicina tradicional para prevenir doenças da infância, com um intervalo de confiança de 95%. Para compensar a amostra (caso houvesse dados imprecisos ou incompletos) acrescentou-se 3% ao tamanho mínimo de amostra obtendo-se uma amostra final de 744 participantes. Após o pedido de autorização para a realização do estudo aos chefes do Posto e Secretário dos bairros tanto no distrito da Manhiça e KaMavota estes interagiram com os chefes dos quarteiros. No distrito de KaMavota os chefes dos quarteirões elaboraram as listas de agregados familiares com critério de pelo menos uma criança de 0 a 5 anos de idade. Estes agregados com estes critérios foram selecionados aleatoriamente obedecendo a distribuição proporcional e uniforme a nível dos quarteirões selecionados aleatoriamente. O Chefes dos quarteirões para além de selecionarem os agregados com critérios, também apoiaram na sensibilização para adesão ao estudo servindo-se como guia quando necessário. No distrito da Manhiça a lista de agregados familiares com crianças menores de 5 anos de idade foi fornecida pelo CISM, obtida do sistema de vigilância demográfica e

aleatoriamente obedecendo distribuição proporcional e uniforme, isto é, os postos administrativos com maior número de agregados familiares no distrito da Manhiça foram mais seleccionados para compensar os menos povoados. De seguida escolheu-se um agregado familiar com critério de um posto administrativo para dar início ao estudo. Deu-se continuidade ao estudo no distrito da Manhiça, seguindo a lista fornecida pelo CISM com indicações de agregados familiares com critérios. A amostra foi seleccionada de forma a obter representatividade por quarteirões no distrito de KaMavota, e por postos administrativos no distrito da Manhiça, isto é, nos quarteirões com mais agregados familiares foram mais seleccionados em relação aos menos povoados. Em cada agregado foi seleccionada uma criança de referência para o inquérito. A criança de referência seleccionada, obedeceu-se o critério de menor idade, mediante apresentação do cartão de vacinação principalmente em agregados com duas ou mais crianças. Para a tradução literária de nomes vernaculares das doenças preveníveis pela medicina tradicional recorreu-se aleatoriamente a sete Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) sendo que três de Manhiça e quatro de KaMavota para apoiarem nesta tradução. Também foram seleccionados aleatoriamente seis vendedores de plantas medicinais, sendo que três do mercado de Xiquelene- Kamavota e três de mercado da Manhiça para a triangulação na explicação da preparação dos remédios tradicionais usados para a prevenção de doenças em crianças dos 0 aos 5 anos de idade.

7.7. Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados nos agregados familiares foram recrutados oito inquiridores (quatro por cada distrito) e um digitador, que foram devidamente treinados pela estudante, com apoio de um demógrafo e um cientista social do CISM, durante uma semana, para apoiar na recolha e limpeza de dados. O treinamento incluiu aspectos de boas práticas clínicas (GCP) – esta componente foi dada pelos investigadores do CISM. Antes de começar com o inquérito, a equipe do estudo apresentou-se às estruturas dos bairros da Manhiça e KaMavota, para lhes informar sobre os objectivos e procedimentos do estudo e pedir a sua colaboração. O inquérito foi conduzido pelos inquiridores nas casas dos participantes. Cada inquérito durava em média quarenta e cinco minutos e por dia cada inquiridor cumpria a meta de seis inquéritos. Os dados foram registados em formulários padronizados em papel, que depois foram digitados no Centro de Dados do CISM. As perguntas foram sobre características demográficas dos cuidadores, características socioeconómicas do agregado familiar a onde o cuidador e a criança vivem,

conhecimentos e uso da medicina tradicional para prevenção de doenças em crianças, conhecimento de plantas medicinais e animais para prevenir doenças em crianças. Depois da realização do inquérito fez-se a tradução, para português, de nomes vernaculares das doenças mencionadas assim como os nomes vernaculares das plantas mencionadas e animais em Changanha com recurso ao livro de registo de nomes vernaculares de plantas em Moçambique (Koning, 1993). Também se fez a triangulação da tradução das doenças mencionadas, com recurso a conversas informais com PMTs das áreas de estudo sendo quatro de Kamavota e três da Manhica e três vendedores de plantas medicinais no mercado de Xiquelene- Kamavota e três do mercado da Manhica. A conversa informal foi realizada pela estudante, em torno da lista de nomes de doenças mencionadas pelos cuidadores durante ao inquérito assim como as plantas e outros remédios que foram mencionados pelos cuidadores. Foi feita observação directa (não participante), para colher informação sobre o processo que acompanham as práticas preventivas tradicionais e remédios usados. Esta observação consistiu em observar os rituais no local de consulta dos PMTs mediante a tomada de notas num diário de campo recolha de imagens para incluir no relatório. A estudante foi a responsável por coordenar as actividades de recolha, digitação, limpeza de dados, análise de dados e elaboração do relatório final, sob orientação dos supervisores.

7.8. Variáveis, gestão e análise de dados

Os dados do questionário foram digitados no centro de dados do CISM pelo digitador recrutado para o estudo, usando o programa RedCap, que posteriormente foram exportados para Excel e depois importados para o STATA versão 15.0 (Stata Corp. 1984-2017) para análise estatística. A análise dos dados foi feita com a finalidade de explorar os factores que se apresentaram associados à adesão a práticas de prevenção tradicional de doenças em crianças de 0 a 5 anos de idade, seguindo o modelo sócio ecológico de Bronfrenbrenner (1977, 1992, 1996 e 1999), que agrupa os factores em quatro dimensões, nomeadamente, a dimensão individual (características socio-demográficas do cuidador), factores da dimensão familiar, factores da dimensão comunitária e os da dimensão socio-estrutural. Para compreender as inter-relações e dinâmicas entre os vários factores pessoais e contextuais, que influenciam a frequência com que os cuidadores de Manhica e de Kamavota praticam a medicina tradicional para a prevenção de

doenças em crianças dos 0 a 5 anos de idade. Assim, o estudo identificou dois grupos de variáveis principais, nomeadamente (i) variáveis explicativas e, (ii) variável dependente.

As variáveis explicativas são a idade do cuidador da criança, sexo, nível de escolaridade, estado civil, religião, ocupação, língua materna, local de nascimento, área de residência (rural vs urbano), nível socioeconómico do agregado (tamanho e composição do agregado, condições de habitação, água e saneamento), disponibilidade e acesso aos serviços de saúde, conhecimentos sobre práticas tradicionais (incluindo percepções sobre os riscos e benefícios destas práticas).

A variável dependente é a prática de prevenção tradicional de doenças em crianças de 0 a 5 anos, isto é, se o cuidador usa ou não estas formas de prevenção na sua criança.

Para explorar os factores associados às práticas tradicionais, o estudo usou o método de análise regressiva, construindo um único modelo de regressão logística multivariada em que a variável dependente é se a criança de referência alguma vez recebeu algum tratamento ou ritual tradicional para prevenir doenças ou não (sim ou não); e as variáveis independentes são a idade do cuidador, sexo, relação com o chefe, relação com a criança de referência, nível de escolaridade, estado civil, religião, grupo étnico, área de residência (rural vs urbano) e características do agregado (tamanho do agregado e condições de habitação). O grupo étnico foi construído com base na língua materna do cuidador (a língua com que ela aprendeu a falar) como forma de capturar hábitos culturais dos participantes. A variável área de residência foi construída classificando Manhiça como rural e KaMavota como urbano e assumiu-se que esta variável capturava outras características comunitárias como a disponibilidade e acesso aos serviços de saúde, conhecimentos sobre práticas tradicionais (incluindo percepções sobre os riscos e benefícios destas práticas). A variável das condições de habitação foi dividida em duas categorias (nível médio, e nível baixo). Agregados familiares do nível médio são aqueles que tem ao mesmo tempo uma casa de alvenaria, congelador ou geleira, motorizada ou carro, eletricidade da rede pública, fonte de água dentro da casa ou no quintal. O resto de agregados que não tem estas condições juntas foram considerados do nível baixo. Portanto, se um agregado tem carro, mas não tem todas as condições listadas no nível médio ficou no nível baixo. Características como ter bicicleta e tipo de casa de banho não foram usadas porque havia agregados que ficavam no nível médio enquanto tem latrina tradicional ou ficavam no nível baixo enquanto tem retrete. Igualmente, há agregados com bicicleta, mas que vivem em casa de caniço, sem electricidade. Similarmente, ter ou não rádio ou televisão não contou porque há muitos agregados com TV e

rádio em casas de caniço, sem electricidade, sugerindo que ou não usam TV ou usam na base de painéis solares ou baterias.

Assim análise feita neste estudo é maioritariamente uma estatística descritiva, em que os resultados principais foram apresentados sob forma de tabelas e gráficos de frequência. A estatística inferencial foi aplicada para explorar os factores associadas (variáveis explicativas) acima indicadas à adopção de práticas tradicionais preventivas (variável dependente). Nesta análise inferencial usou-se um modelo de regressão logística multivariada e a medida de associação Odds Ratio (OR) considerando um IC de 95% em que a variável dependente é a prática de prevenção tradicional de doenças em crianças de 0 a 5 anos (sim ou não). Como é habitual nas análises de associação entre variáveis dependentes e independentes (Roberto, 2017), a associação foi feita uma variável independente de cada vez e só as variáveis independentes com associação significativa isto é <0.05 é que foram incluídas nos modelos de associação multivariada para explicar que factor associado está relacionado com a prática de prevenção tradicional de doenças em crianças de 0 a 5 anos.

8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa observou rigorosamente as normas da Declaração de Helsínquia, que diz que em qualquer pesquisa com seres humanos, cada participante potencial deve ser adequadamente informado sobre as finalidades, os métodos, os benefícios esperados, os possíveis riscos e sobre o desconforto que a pesquisa possa trazer (WMA, 2013). O protocolo foi aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da UEM e pelo Comité Científico Interno do CISM. Por tratar-se de um exercício académico no âmbito do curso de Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da UEM, a revisão ética foi feita pelo Comité Institucional de Bioética para Saúde da Faculdade de Medicina e Hospital Central (CIBS-FM/HCM), registado sob o número CIBS-FM/HCM/97/2015.

Para a recolha de dados, os inquiridores apresentaram os objectivos e os procedimentos do estudo aos chefes dos agregados e os cuidadores de crianças, baseando-se na folha informativa e do consentimento informado do estudo (ver consentimento informado no anexo 1). Este consentimento informado continha os objectivos do estudo, os riscos e benefícios,

enfatizando a opção de decidir livremente sobre participar ou não participar, bem como o direito de desistir da sua participação a qualquer momento do estudo, sem nenhuma represália para si nem para o agregado.

Depois de perceber e aceitar participar, os participantes tinham que assinar o consentimento em dois exemplares, um dos quais ficava com ele. Participantes que não soubessem escrever eles marcavam a sua impressão digital, com o dedo indicador da mão direita no consentimento.

Durante o inquérito verificou-se uma cuidadora com 17 anos de idade, inferior ao estabelecido no critério de entrada que foi de 18 anos. A lei em Moçambique estabeleceu como a maior idade 21 anos. Contudo o Comité de Bioética permite que se considere pessoas com idade igual ou superior a 18 anos como autónomas para participar em pesquisas. O caso encontrado neste estudo foi extraordinário onde se pode comprovar que esta mulher de 17 anos era uma chefe de família e cuidadora de criança onde consideramo-la emancipada com autonomia suficiente para realizar o estudo.

Este estudo não apresentou risco maior que o risco mínimo aos participantes. No entanto pode-se observar práticas quotidianas que podem pôr em risco a saúde das crianças, que constituíram um dilema ético. Porque este é um estudo observacional e não de intervenção, a investigadora não poderia intervir imediatamente. Para endereçar este dilema a investigadora fez um exercício para alertar os PMT,s e vendedores sobre o risco de algumas práticas como (não ferver os remédios, não filtrar entre outras).

Quanto ao benefício da pesquisa não foi directo nem individual. Os resultados deste estudo poderão ajudar o Ministério da Saúde na adequação de mensagens e intervenções de saúde da comunidade tendentes a encorajar a adopção de práticas seguras de prevenção da morbilidade infantil ao nível do agregado, na adequação de mensagens relativas ao cumprimento do aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês. Este é um benefício para a comunidade em geral, não havendo algum benefício individual directo a este estudo.

9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Foi verificada alguma dificuldade dos participantes em responder livremente ao questionário porque, segundo eles, os assuntos relacionados com prevenção tradicional das doenças em crianças não devem ser abordados com estranhos e na presença de crianças, sob o risco de estas crianças desenvolverem a doença (principalmente a *Wutela/doença da Lua*), mesmo que estejam a tomar os remédios tradicionais. Dificuldade em fazer a tradução de alguns nomes das doenças mencionadas em Changana para Português, constituindo deste modo um desafio para apoiar a medicina convencional.

Uma outra limitação neste estudo, foi como elaborar as perguntas para identificar as práticas e como quantificar a frequência com que estas práticas são realizadas. Mesmo depois de ter-se tomado precauções e ter-se escolhido as melhores formas de colher os dados, por exemplo fazendo perguntas abertas para recolher o máximo possível de informação, o seu processamento para análise quantitativa não foi fácil.

Embora o estudo salienta o papel importante e preponderante dos hábitos, crenças e costumes tradicionais na adesão a práticas tradicionais, a tentativa de decifrar e explorar o impacto destas crenças de forma quantitativa não foi muito frutífera.

Também houve dificuldade de explorar o impacto da cultura usando etnicidade sugerindo assim que a área de estudo deve ser ampliada ou o estudo deve ser feito em várias regiões culturalmente diferentes para capturar a variabilidade dos hábitos culturais e seus impactos na aderência a medicina tradicional.

Verificou-se escassez de estudo relativos a prevenção de doenças com recurso a medicina tradicional em crianças limitando de algum modo a comparação e análises mais detalhadas.

Não se alcançou o tamanho de amostra dos vendedores e praticantes de medicina tradicional para a conversa informal sobre a tradução das doenças de prevenção tradicional mencionadas pelos cuidadores, porque esta é uma população de difícil acesso para incluir no estudo. Eles existem, mas como fazem uma actividade ilícita, não tem sido fácil trabalhar com eles. Existe experiência previa em outras pesquisas desenvolvidas com este grupo. Esperava-se uma amostra conservadora de seis participantes, mas devido a sua natureza não foi possível tê-los.

As limitações verificadas nestas pesquisas foram contornadas usando experiências vividas em outros desafios de pesquisas em que deve-se tornar produtores de conhecimento e não meros consumidores, e que para tal nunca se exigiu tanto.

10. RESULTADOS

10.1. Características sociodemográficas na dimensão individual dos participantes

O estudo inquiriu 744 cuidadores de crianças, dos quais um foi excluído da análise por ter dados incompletos, restando para esta análise 743. Destes analisados, 49.9% foram do distrito da Manhiça e 50.1% do distrito municipal de KaMavota (tabela 1). A idade dos cuidadores variou entre 17 a 84 anos e a média da idade foi de 32.5 anos. Quanto ao sexo, 7.9% dos cuidadores são masculinos e 92.1 femininos. Próximo da metade dos cuidadores (48.2%) são esposas dos chefes dos agregados familiares, seguidos pelos próprios chefes (19.1%), filhas do chefe (12.8%), noras (12.1%), irmãs (2.6%) e outras, incluindo não-familiares (4.0%). A maioria dos cuidadores (72.4%) está casada ou vive em união de-facto, seguidos de solteiras (16.8%) e viúvas (7.5%). Próximo da metade (46.4%) dos cuidadores só têm o nível de escolaridade primário, uma percentagem que diminui para 38.9% na Manhiça enquanto aumenta para 54.0% em KaMavota. Em termos de ocupação, 42.7% dedica-se a atividades do sector informal de forma independente (conta própria), seguidos de desempregados (41.0%) e de assalariados (14.5%), (tabela 1).

Tabela 1: Características demográficas na dimensão individual dos cuidadores de crianças menores de 5 anos nos distritos da Manhiça e KaMavota, 2016

Variável	Manhiça		KaMavota		Total	%
	n	%	n	%	N	
Total de cuidadores	371	49.9	372	50.1	743	100
Sexo do chefe						
Masculino	267	72.0	263	70.7	542	72.3
Feminino	104	28.0	109	29.3	221	29.7
Sexo do cuidador						
Masculino	31	8.4	28	7.5	59	7.9
Feminino	340	91.6	344	92.5	684	92.1
Idade do cuidador (min – max)	17- 84	-	17 - 73	-	17- 84	
Idade média do cuidador	32.4	-	32.6	-	32.65	-
Relação do cuidador com chefe						
Esposa do chefe	185	49.9	177	47.6	362	48.7
Chefe	73	19.7	67	18	140	18.8
Filha/o	37	10.0	56	15.1	93	12.5
Nora	47	12.7	44	11.8	91	12.3
Outro	29	7.8	28	7.5	57	7.7
Nível de escolaridade do cuidador						
Nenhum	111	29.9	73	19.6	184	24.8
Primário	145	39.1	200	53.8	345	46.4
Secundário	25	6.7	69	18.6	94	12.7
Ensino superior	87	23.5	27	7.3	114	13.0
Estado civil do cuidador						
Casada/união-de-facto	278	74.9	268	72	546	73.5
Solteira/nunca viveu marital	46	12.4	76	20.4	122	16.4
Separada/divorciada	17	4.6	4	1.1	21	2.8
Viúva	30	8.1	24	6.5	54	7.3
Ocupação principal do Cuidador						
Desempregado ou camponês	84	22.6	234	62.9	318	42.8
Trabalhador por conta própria	253	68.2	64	17.2	317	42.7
Assalariado	34	9.2	74	19.9	108	14.6
Grupo étnico do cuidador						
Tsonga	307	82.8	75	20.2	382	51.4
Português/outros	58	15.6	282	75.8	340	45.8
Lomwé/Chwabo e Macua	6	1.6	15	4	21	2.8
Religião do cuidador						
Evangélicas	191	51.5	223	59.9	414	55.7
Zione /Sião e outras cristas	130	35	59	15.9	189	25.4
Católica	44	11.9	75	20.2	119	16.0
Islâmica	6	1.6	15	4	21	2.8
Relação do cuidador com a criança						
Mãe/pai	298	80.3	292	78.5	590	79.4
Avó	52	14.0	58	15.6	110	14.8
Irmã/tia (o)	17	4.6	12	3.2	29	3.9
Empregada/outro	4	1.1	10	2.7	14	1.9
Composição de agregados dos participantes						
Média de crianças de 0-5	1.7	-	1.5	-	1.6	-
Média de crianças de 6-10	1.6	-	1.7	-	1.6	-
Média adolescentes 11-24	2	-	2.4	-	2.2	-
Média de adultos 25-64	2.3	-	2.7	-	2.5	-
Média de idosos 65+ anos	0.6	-	0.5	-	0.5	-
Tamanho médio do agregado	6.8	-	7.1	-	6.9	-

A tabela 1 apresenta, ainda, a distribuição dos cuidadores por outras características como o grupo étnico, religião, relação com a criança e a composição dos seus agregados familiares. A etnia do cuidador foi deduzida a partir da língua materna com objetivo de investigar mais tarde se pode ser um factor que faz diferença na adesão a práticas tradicionais ou não. Observa-se que a maioria dos cuidadores (51.4%) são Tsongas, seguidos dos que cuja língua materna é Português 45.8% (com grandes diferenças por distrito - 15.6% na Manhiça vs 75.8% em KaMavota). Mais da metade 55.7% dos cuidadores professa a religião cristã evangélica, seguida dos que professam zione (35.0% em Manhiça e 15.9% em KaMavota). Os dados sobre a relação de parentesco entre o cuidador e a criança de referência mostram que 79.4% são mães ou pais das crianças que eles estão a cuidar, seguidos de avós 14.8%). Em relação ao tamanho e composição dos agregados, os dados mostram que os agregados são grandes em KaMavota do que na Manhiça, com 7.1 membros em média vs 6.8 – uma diferença típica que se observa quando se comparam áreas rurais das urbanas em Moçambique (INE, 2017). Em média os agregados 2 crianças de 0 a 5 anos de idade, e em relação aos idosos, um em cada dois agregados tem um idoso de 65 ou mais anos de idade.

A tabela 2 apresenta as condições de habitação dos participantes na Manhiça e KaMavota. Os dados indicam que 81.8% dos cuidadores vivem em casas de alvenaria (69.5% na Manhiça e 94.1% em KaMavota); seguidos dos que vivem em casas de caniço (11.8%) e de madeira e zinco (4.2%). A maioria dos agregados tem água canalizada dentro da casa ou no quintal (73.4%), principalmente em KaMavota, onde a percentagem é de 93.6% (na Manhiça são 53.1%). A maioria dos agregados tem energia elétrica da Eletricidade de Moçambique (96.2% em KaMavota e 53.9% na Manhiça). No entanto, ainda existem desafios ao nível de saneamento, onde 75.7% dos agregados na Manhiça e 23.4% em KaMavota ainda usam latrinas tradicionais não melhoradas, e há 7% de agregados que não possuem latrinas.

Tabela 2: Características das habitações dos participantes em Manhiça e KaMavota, 2016

Variável	Manhiça		Kamavota		Total	
	n	%	n	%	N	%
Tipo de habitação (construção principal)						
Alvenaria	258	69.5	350	94,1	608	81.8
Caniço	85	22.9	3	0.8	88	11.8
Madeira e zinco	19	5.1	12	3.2	31	4.2
Fonte de energia usado para iluminação						
Electricidade	192	51.8	360	96.8	552	74.3
Petróleo/velas	132	35.6	2	0.6	134	18.0
Painel solar/baterias	37	10.0	9	2.4	46	6.2
Lenha/outros	10	2.7	1	0.3	11	1.5
Fonte de água usada para cozinhar						
Dentro de casa ou quintal	197	53.1	348	93.6	545	73.4
Casa do vizinho	62	16.7	20	5.4	82	11.0
Local público	112	30.2	4	1.1	116	15.6
Saneamento /tratamento de dejectos						
Latrina tradicional	281	75.7	87	23.4	368	49.5
Latrina melhorada	58	15.6	202	54.3	260	35.0
Retrete	5	1.4	57	15.3	62	8.3
Não tem ou outro	27	7.3	26	7.0	53	7.1
Total	371	100	372	100	743	100

10.2 Conhecimentos dos cuidadores na dimensão familiar sobre doenças da infância e sua prevenção através da medicina tradicional nos distritos da Manhiça e de KaMavota

As doenças da infância que na percepção dos cuidadores afectam as crianças de 0 a 5 anos de idade estão apresentadas na tabela 3. A maioria dos cuidadores indicaram os nomes das doenças em Changana, incluindo descritivos de sintomas que permitiram identificar e concordar com eles, durante o inquérito, o nome provável da doença em Português. Contudo, embora tenha sido possível identificar os nomes de algumas doenças (com alguma segurança por exemplo sarampo, e asma) a maioria das doenças não foram esclarecidas, tendo limitando-se a sintomas. Na tabela 3 observa-se que a *doença da Lua* (Convulsões e vômitos) foi a mais mencionada, com 37.0%

das menções, seguidas de *Xilala* (Fontanela afundada criança magra e com veias visíveis na cabeça) com 18.8% das menções.

Tabela 3: Doenças mencionadas pelos cuidadores que afectam as crianças menores de 5 anos de idade no distrito da Manhiça e KaMavota, 2016.

Doença mencionadas Nome local (Changana)	Sintomas	Manhiça		KaMavota		Total	
		n	%	n	%	N	%
<i>Wutela/Nhocane/Doença da Lua</i>	Convulsões, vômitos e febres	354	31,2	295	47,7	649	37,0
<i>Xilala</i>	Criança magra com veia visível na nuca	264	23,3	65	10,5	329	18,8
<i>Mbala ou disco</i>	Mancha vermelha na nuca	126	11,1	19	3,1	145	8,3
<i>Dzedzeze ou malária</i>	Malária ou febres	70	6,2	73	11,8	143	8,2
<i>Rumbwjuana</i>	Urina com sangue-hematúria	132	11,6	1	0,2	133	7,6
<i>Mukussuane</i>	Constipação/ tosse	33	2,9	83	13,4	116	6,6
<i>Xifuva</i>	Sugestivo a Asma	57	5,0	40	6,5	97	5,5
<i>Xitsinana</i>	Burbulhas finas e avermelhadas	28	2,5	12	1,9	40	2,3
Dor de barriga	Cólicas	6	0,5	27	4,4	33	1,9
<i>Tinhocana</i>	Sugestivo a Lombrigas	29	2,6	0	0,0	29	1,7
<i>Muna</i>	Veias inflamadas nos seios das mulheres grávidas	23	2,0	1	0,16	24	1,4
<i>Maphavaphava</i>	Borbulhas grandes	6	0,5	1	0,2	7	0,4
<i>Nambõ</i>	Membros superiores e inferiores rijos	6	0,5	1	0,2	7	0,4
Total de menções		1134	100	618	100	1752	100,0

As mesmas doenças, foram indicadas pelos cuidadores como sendo as preveníveis com recurso a medicina tradicional respectivamente (*da lua* 46.1% e *Xilala* 22.4%,). Adiciona-se a esta lista *Rumbjana* (urina com sangue- hematúria) (9.1%), *Mbala ou disco* (8.2%) e *Xifuva* (6.2%), (tabela 4).

Tabela 4: Doenças da infância que os cuidadores acreditam que podem ser prevenidas pela medicina tradicional, Manhiça e KaMavota, 2016.

Doença prevenível	Sintomas	Manhiça		KaMavota		Total	
		n	%	n	%	N	%
Wutela/Nhocane/Doença da Lua	Convulsões, vômitos e febres	337	36,1	296	67,1	633	46,1
Xilala	Criança magra com veias visíveis na nuca	244	26,2	64	14,5	308	22,4
Rumbwjuana	Urina com sangue-hematúria	124	13,3	1	0,2	125	9,1
Mbala ou disco	Mancha vermelha na nuca	94	10,1	19	4,3	113	8,2
Xifuva	sugestivo a Asma	49	5,3	36	8,2	85	6,2
Tinhocana	Sugestivo a Lombrigas	20	2,1	0	0,0	20	1,5
Xitsinana	Burbulhas finas e avermelhadas	16	1,7	4	0,9	20	1,5
Muna	Veias inflamadas nos seios das mulheres grávidas	19	2,0	1	0,2	20	1,5
Mukussuane	constipação/ tosse	11	1,2	8	1,8	19	1,4
Dor de barriga	Cólicas	2	0,2	10	2,3	12	0,9
Dzedzeze ou malária	Malária, febres	8	0,9	1	0,2	9	0,7
Nambõ	Membros superiores e inferiores rijos	6	0,6	1	0,2	7	0,5
Maphavaphava	Borbulhas grandes	3	0,3	0	0,0	3	0,2
Total de menções		933	100	441	100	1374	100,0

O inquérito tinha uma pergunta com múltiplas escolhas para saber o que é que o cuidador faz à sua criança para mantê-la saudável e não apanhar doenças – a pergunta permitia que o cuidador enumerasse mais de uma medida para capturar todos os métodos preventivos que eles usam. Os dados mostram que os métodos preventivos tradicionais e obediência ao programa de vacinação e peso do MISAU e aleitamento materno exclusivo são os mais usados, com 27.2%, 23.8% e 17.4% abstinência Sexual com 9.5% e tratamento tradicional a mãe com 7.7% de menções, respectivamente entre outras (tabela 5). Por distrito, Manhiça tem uma percentagem maior de cuidadores que usam métodos tradicionais (37.6%) quando comparado com KaMavota (20.6%).

Tabela 5. Práticas usadas para prevenir doenças em crianças de 0-5 anos de idade na Manhiça e KaMavota, 2016.

Práticas usadas para prevenir doenças nas crianças de 0-5 anos de idade	Manhiça		KaMavota		Total	
	n	%	n	%	N	%
Tratamento tradicional	309	37.6	267	20.6	576	27.2
Cumprir programa de vacinação/peso	212	25.8	292	22.5	504	23.8
Aleitamento materno exclusivo	137	16.7	231	17.8	368	17.4
Abstinência sexual	64	7.8	136	10.5	200	9.5
Tratamento tradicional na mãe durante a gravidez	55	6.7	107	8.3	162	7.7
Obedece tabus alimentares (criança)	20	2.4	112	8.6	132	6.2
Obedece tabus alimentares (mãe)	10	1.2	94	7.3	104	4.9
Não faz nada	7	0.9	56	4.3	63	3.0
Outros	7	0.9	0	0.0	7	0.3
Total de menções	821	100	1,295	100	2,116	100

10.3. Conhecimento sobre os remédios tradicionais na dimensão familiar específicos indicados para prevenção de doenças em crianças, modos de preparação e de administração.

Para a captação do conhecimento sobre os remédios tradicionais na dimensão familiar foi questionado ao cuidador se conhecia a composição dos remédios que está a usar para prevenir doenças da infância das suas crianças. Os dados mostram que 85.7% dos cuidadores disse que não conhecia a composição dos remédios, enquanto 14.3% disse que conhece a composição dos remédios usados. A percentagem dos que conhecem a composição dos remédios é maior na Manhiça (24.1%) do que em KaMavota (6.8%), provavelmente porque os cuidadores da Manhiça estão numa área rural e onde a exposição ou familiarização com as fontes dos remédios (plantas, animais) é maior.

Na composição destes remédios predominam plantas, mas em certos casos usam-se partes de animais como peles, gorduras, ossos e carcaças. Em relação as plantas, os cuidadores indicaram dez espécies de plantas usando nomes locais em Changana. A tabela 6 apresenta estas plantas, incluindo seus nomes científicos que foram obtidos através da consulta ao livro de registo de nomes vernaculares de plantas em Moçambique. Neste livro, Koning (1993) fez um trabalho de identificação de plantas medicinais de todas as províncias de Moçambique com os nomes locais e cruzou com os respectivos nomes científicos. Esta tabela 6 também apresenta as partes das plantas ou animais que são usadas para a preparação dos remédios, incluindo o modo

de preparação e de administração, recomendações em relação a idade em que a criança deve começar a tomar e duração da prevenção.

Tabela 6: Plantas e animais mencionadas pelos cuidadores, que são usados para preparação de remédios para prevenir doenças de crianças nos distritos de Manhiça e KaMavota, 2016

Nr	Nome vernacular /língua local	Nome científico (Koning, (1993)	Parte usada	Modo de Preparação	Doença alvo	Administração do remédio	Tempo de administração
1	(Murhi ya Humba-Remédio do Caracol) <i>Nembe-Nembe</i>	<i>Senna petersiana</i>	Folhas	As folhas são colocadas na carcaça de caracol , com água morna, obedecendo o sexo/ masculino meninas e feminino / rapazes	<i>Doença da lua</i> -caracterizada por convulsões e vômitos	Tomar ½ colher de chá duas vezes ao dia	0 a 1 ano
2	(Remédio da panelinha murhi wa ximbitana)	<i>Artabotrys brachypetalus</i>	Raízes	Ferve-se a mistura de 7 raízes numa panelinha de barro que serve ajuda a manter os princípios activos	<i>Disco</i> (aparecimento de uma mancha vermelha na cabeça tipo disco), <i>Doença da lua</i> , <i>Febres</i> , <i>Xilala</i> e <i>Nombo</i>	Tomar ½ colher de sopa duas vezes ao dia	0 aos 5 anos
3	Tintane	<i>Tiliacora funifera</i>					
4	Dlanyoki	<i>Cissampelos mucronata</i>					
5	Mpumbulo	<i>Muclorea africana</i>					
6	Malhanganisso	<i>Ochna natalitia</i>					
7	Balekane	<i>Xylothea kraussiana</i>					
8	Cissana	<i>Abrus precatorius</i>					
9	Nkonola	<i>Terminalia Sericea</i>	Raíz	Ferve-se a raíz numa panela de barro para manter os princípios activos da planta	Fezes esverdeadas com manchas esbranquiçadas. Xicuma (Fezes com muco e sangue)	Tomar ½ colher de sopa duas vezes ao dia	3 a 4 dias
10	Fembo	<i>Clausena anisata</i>	Folhas	Fervidas	Fortalecer o crescimento	Banho	1 vez por dia até 1 ano

**REMÉDIOS COM
MISTURA DE
ANIMAIS**

1	Mistura para Fumigação Baço	<i>Gordura de animais (Sp t ubarão, leopordo, e cobra)</i>	gorduras	Baço (mistura de gordura animal)	Protecção da criança	Ritual de Kusivelela	1 Única vez
2	Pele de <i>Ximafana</i> (Cudo) para prevenção de <i>Xilala</i>		Pele	Fervida junto com o primeiro remédio da panelinha	Criança magra com veias visíveis na cabeça e fontanela afundada	pele no pescoço / cintura	Até rebentar o fio na criança (fim do tratamento)

Fonte: Elaborado pela autora usando dados do inquérito de 2016 fontes orais e dados de Koning (1993).

Os dados mostram também que, tal como na medicina convencional, a administração de medicamentos preventivos na medicina tradicional obedece uma certa sequência ao longo da idade da criança, incluindo outras acções que devem ser seguidas pela mãe durante a gravidez (antes da criança nascer) como abster-se de certos alimentos. Assim, a sequência recomendada para a administração dos remédios a medida que a criança vai crescendo até aos 5 anos é a seguinte:

Primeiro remédio - *Kutsivelela* – um tratamento que serve para a recepção da criança recém-nascida na família (apresentação aos vivos e aos mortos da linhagem patrilinear) e consiste em expor a criança num fumo feito pela queima de uma substância chamada baço, que é composta por gordura de animal (tubarão, misturado com pele de leão, leopardo e diversos tipos de cobras, dependendo de cada PMT). Administra-se a criança após o nascimento quando cai o umbigo, (aproximadamente 3 semanas após o nascimento. É uma prática muito realizada na zona sul de Moçambique.

Segundo remédio – *Murhi wa tinhocana* (remédio de lombrigas, helmintos) - serve para prevenir cólicas provocadas pelos helmintos nos bebés e é composto por raiz de *Dlanyoka* (*Cissampelos sp*) que se põem de molho ou macerado com água a temperatura ambiente, numa chávena ou um copo de plástico e administrado à criança três vezes por dia (de manhã as 7:00, as 12:00 e as 18:00h durante 3 a 7 dias). Este remédio, normalmente é o primeiro a ser administrado imediatamente depois de *kutsivelela*.

Terceiro remédio - *Murhi wa humba* (Remédio do Caracol) - serve para prevenir a *doença da Lua* e é composto por folhas de *Nembe-nembe* (*Senna petersiana*) emergidas na carcaça de caracol, que serve como copo, administrado duas vezes por dia: (as 6:00 horas da manhã e as 18:00 horas). Conserva-se macerado e é administrado directamente da carcaça do caracol ao bebé, posicionado na porta principal da casa, estando o bebé virado para a direcção do pôr-do-sol. A criança começa a tomar este remédio a partir de um mês de idade e toma até um a dois anos de idade.

Quarto remédio – *Fembo* (Banho) – serve para fortalecer o crescimento do bebe e consiste em dar banho ao bebé com folhas de *Fembo* (*Clausena anisata*), duas vezes por dia até completar dois anos de idade dependendo da orientação do PMT.

Quinto Remédio - *Murhi wa ximbitana* (Remédio da panelinha) – serve para prevenir a *doença da lua*, *Xilala*, *Nombo*, e *Disco*, consiste em pedaços de raízes de que são fervidas durante trinta minutos numa panela de barro. Este remédio é administrado três vezes por dia (duas colheres de

chá) até a criança atingir 5 anos aproximadamente. Este remédio consiste na mistura de raízes de aproximadamente 7 a 9 plantas como o Mpumbulo (*Maclura africana*-Bureau, Corner Gd617), Nembenembe (*Senna petersiana*), Nkonola(*Terminalia cericea*), (*Maytenu senegalensis*), Cissane (*Abrus precatorius*), Balecane (*Xylothea kraussiana*), Malhanganisso(*Ochna natalitia*), Ntitane *Artabotrys brachypetalus*), Mapswixa (*Salacia kraussii*), Dlanyoka (*Cissampelos mucronata*), Ximunguane (*Zanthoxylum humilis*, Nsala (*Strychnos spinosa*), Maplilua (*Vangueria infausta*), Ntsengue (*Caesalpinia bonducella*), Tiiça massimo (*Deinbollia oblongifolia*) e Xiwizila (*Tiliacora funifera*).

Outros remédios - Para a prevenção das doenças como *Xifuva* (Asma), *Rumbjana* (urina com sangue-hematúria), sarampo e diarreia, também são usados a maioria das plantas mencionadas. Por exemplo para a diarreia é usada a raiz de Nkonola (*Terminalia cericea*), (*Rumbjana* (urina com sangue-hematuria) é usado o (Remédio da Panelinha) com mais concentração de raízes de Nkonola (*Terminalia cericea*). Quanto ao sarampo tradicionalmente são usadas as folhas de Cacana (*Mamordica balsamina*) que são trituradas a mão e, de seguida são esfregadas em todo corpo da criança, até as borbulhas desaparecerem (aproximadamente após três a quatro dias). Um outro remédio preventivo é o botão amarrado no pulso da criança que tradicionalmente é usado para evitar estrabismo.

As incisões ou vacinas são feitas com um pó preto de mistura de plantas medicinais e servem para prevenção de doenças e do mau-olhado, (feitiço).

Orações são preces feitas a Deus, e consistem no pedido de protecção para o crescimento saudável da criança.

10.4 Conhecimento familiar modo de preparação e de administração de remédios tradicionais para prevenir doenças em crianças de 0 a 5 anos.

Uma outra pergunta do inquérito era sobre os modos de preparação e de administração dos remédios que as crianças de referência estavam a tomar. As respostas estão na tabela 6 acima, e as imagens abaixo mostra o forma de apresentação destes remédios tradicionais.



Figura4: Carcaça de caracol- (*Humba*) com folhas de *Senna ptersiana* que serve para prevenir doença da lua, Nombo
 Figura 5: Panela de barro com pedaços de raízes (decoção) que serve para prevenir doenças: da Lua, Xilala, Disco, Nombo. Fotografias feita pela estudante durante o trabalho de campo.



Figura 6: Pele de *Ximofana* usado para prevenir *Xilala*; Figura 7: Folha de *Clausena anisata*-Folhas de Fembo usado no banho da criança para fortalecer o crescimento e prevenir a doença da lua - Fotografias feita pela estudante durante o trabalho de campo.



Figura 8: Criança sendo administranda remédios tradicionais para prevenção da *doença da Lua* no distrito da Manhica. Fonte: Fotografia feita pela estudante durante o trabalho de campo.

10.5 Frequência e motivações individuais do uso da medicina tradicional e das práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças

Para medir a frequência de práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças o inquérito tinha duas perguntas. A primeira era “O que é que a Sra faz à sua criança para mantê-la saudável (não apanhar doenças)?”; a segunda “queria saber se alguma vez a criança de referência recebeu algum tratamento preventivo tradicional desde que nasceu, e se sim, qual foi o tratamento”. Na primeira pergunta os cuidadores deviam listar tudo o que eles (as) fazem e, destas listas, os dados indicam que 82.6% dos cuidadores usam medicina tradicional para manter suas crianças saudáveis em paralelo com a medicina convencional; 16.4% usa apenas medicina convencional (tabela 7). As respostas a segunda pergunta mostram que 78.7% dos cuidadores responderam que sim, que alguma vez a criança de referência já recebeu medicamentos ou algum ritual tradicional, mas 19.3% respondeu que não. Por distrito, na Manhica houve mais cuidadores a dizerem que sim (84.4%) do que em KaMavota (73.1%). Dos que disseram que alguma vez administraram tratamento tradicional aos seus filhos, 67.6% diz que fez métodos tradicionais, 30.2% disse que fez alguns

rituais tradicionais, (tabela 7).

Foi incluído uma pergunta para saber se os cuidadores acham que no seu bairro há crianças que não fazem métodos tradicionais para prevenir doenças ou não. A maioria dos cuidadores (57.2%) acha que não há crianças que não tomam estes medicamentos. Os que disseram que sim, que há crianças no bairro que não tomam remédios tradicionais foram (42.8%). Dos cuidadores que disseram que não medicam aos seus filhos foram (32.8%), outros são por questões religiosas, (24.7%) não pertencem a esta tradição, porque não gostam (16.2%) ou porque seguem orientações do hospital (10.6%), incluindo ignorância por parte destes cuidadores sobre a necessidade de prevenirem seus filhos (10.2%), criança pequena (2.1%) e outros (3,4%).

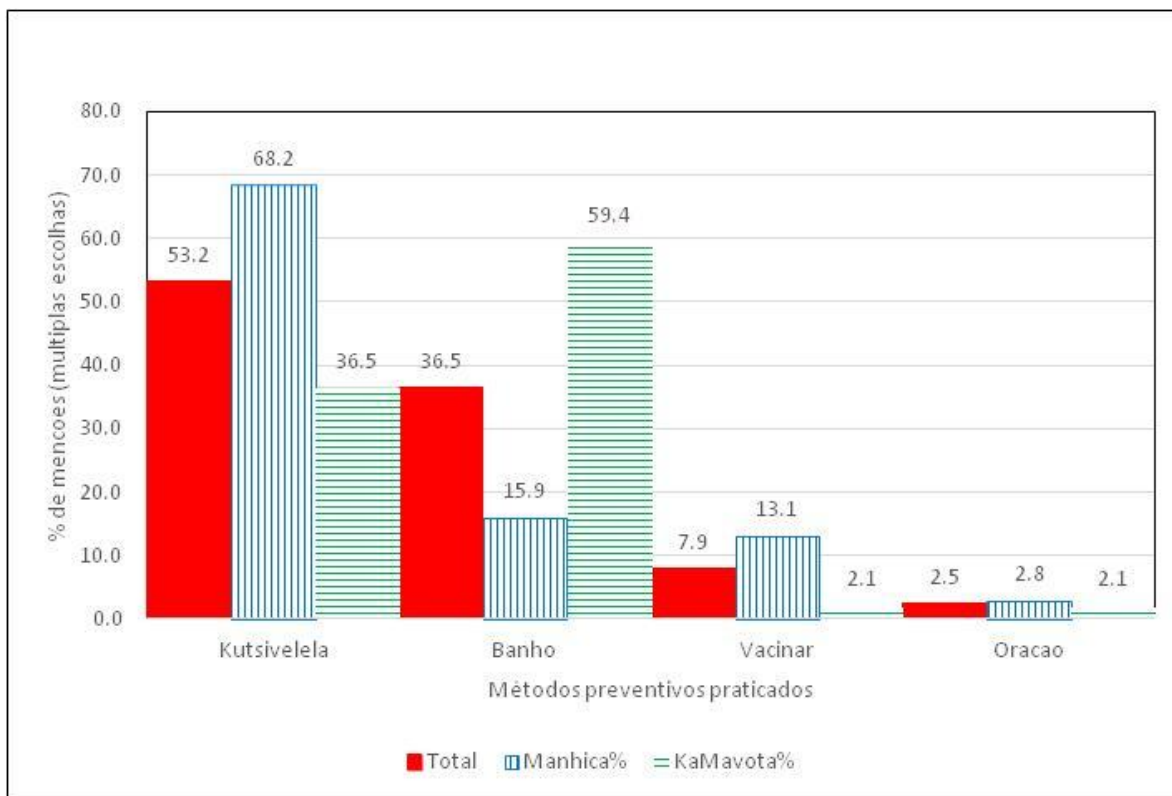
Tabela 7. Frequência das práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças, Manhica e KaMavota, 2016.

Variável	Manhiça		KaMavota		Total	
	n	%	n	%	N	%
<i>Usa medicina tradicional para a saúde de crianças</i>						
Sim	319	86,0	295	79,3	614	82,6
Não	50	13,5	72	19,4	122	16,4
S/I	2	0,5	5	1,3	7	0,9
Total de cuidadores	371	100,0	372	100	743	100
<i>Alguma vez usou medicina tradicional para a criança de referência</i>						
Sim, já usou	313	84,4	272	73,1	585	78,7
Nunca usou	50	13,5	93	25,0	143	19,3
Não sabe	8	2,2	7	1,9	15	2,0
Total de cuidadores	371	100	372	100,0	743	100,0
<i>Se sim, o que é? Opções múltiplas</i>						
Tratamento tradicional	272	73,3	230	61,8	502	67,6
Algum ritual tradicional	99	26,7	142	38,2	241	32,4
Total de cuidadores	371	100	372	100,0	743	100,0

Os métodos preventivos feitos a crianças são o ritual de *Kutsivelela* (53.2%), banhos (36.5%), incisões ou vacinação tradicional (7.9%) e orações (2.5%), (figura 6). Esta figura mostra que há mais *Kutsivelela* na Manhica do que em KaMavota (68.2% vs 15.9%) enquanto para banhos

acontece o contrário (mais banhos em KaMavota 59.4% do que na Manhiça 15.9%) – um fenómeno que requer ser aprofundado para perceber porque estas diferenças existem.

Figura 9. Métodos preventivos tradicionais de doenças em criança dos 0 a 5 anos nos agregados dos distritos de Manhiça e KaMavota.



Também havia uma pergunta aberta para saber o que é que o cuidador pretendia ao administrar cada um destes remédios /métodos preventivos a sua criança – aqui o cuidador podia responder sobre todas as vezes que a criança recebeu tratamento. As respostas dadas indicam que os cuidadores usaram a medicina tradicional não só para prevenir doenças (68.0%), mas também para curar crianças doentes (19.0%), e algumas vezes só para cumprir com hábitos ou costumes tradicionais (13.1%). A administração para prevenir e para cumprir costume tradicional foi mais referido em KaMavota (78.7% e 18.3%) do que na Manhiça (60.4% e 9.4%); mas a cura foi mais mencionada na Manhiça (30.2%) do que em KaMavota (2.9%).

Sobre a pergunta para saber se actualmente (na data do inquérito) a criança estava a tomar remédios tradicionais ou não, para medir o nível de aderência de uma forma transversal porque a

pergunta anterior era sobre “se alguma vez tomou na vida ou não”, e não era específico do momento, i.e, podia ser SIM, mas num passado indefinido ao longo da vida da criança. A tabela 8 mostra que mais da metade (54.8%) dos cuidadores referiu que a sua criança estava a tomar remédios tradicionais; 45.2% disse que não e, curiosamente, houve mais “sim” na zona urbana (KaMavota 61.1%) do que na zona rural (Manhiça, 48.5%). Dos que disseram que sim, mais da metade (52.5%) disse que as suas crianças estavam a tomar molhos de folhas mergulhadas em água na carcaça de um caracol (o caracol é localmente chamado *humba*); 42.5% disse que as crianças estavam a tomar molhos de raízes fervidas numa panelinha de barro (a panelinha de barro é localmente chamada *ximbitana*). A pergunta seguinte era “que doença pretende prevenir com esta medicação actual?”, ao que a *doença de lua* teve um pouco mais que a metade (52.6%) das menções, seguida de *xilala* (26.5%), *xifuva/asma* (9.0%), *Rumbjana* (4.4%) e *disco* (3.5%) entre outras doenças (3.9%).

Tabela 8. Frequência das práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças, Manhiça e KaMavota, 2016.

A criança está a tomar remédio agora?	Manhiça		KaMavota		Total	
	n	%	n	%	N	%
Sim	180	48,5	227	61,0	407	54,8
Não	191	53,4	145	39,0	336	45,2
Total de crianças	371	100	372	100	743	100
<i>Se sim, o que é que está a tomar? (múltiplas escolhas)</i>						
Molho de folhas	185	49,9	205	55,1	390	52,5
Molho de raízes	151	40,7	165	44,4	316	42,5
Outro	35	9,4	2	0,5	37	5,0
Total de menções	371	100,0	372	100,0	743	100,0
<i>Que doenças pretende prevenir com este remédio?</i>						
Doença da lua	175	47,2	216	58,1	391	52,6
Xilala	105	28,3	92	24,7	197	26,5
Xifuva/ asma	45	12,1	22	5,9	67	9,0
Rumbjana	19	5,1	14	3,8	33	4,4
Disco	14	3,8	12	3,2	26	3,5
Outros	13	3,5	16	4,3	29	3,9
Total de menções	371	100,0	372	100,0	743	100,0

Aos cuidadores cujas crianças não estavam a tomar remédios tradicionais na data do inquérito inquiriu-se sobre os motivos. Os motivos pelos quais as crianças não estavam a tomar os remédios tradicionais estão apresentados na tabela 9. Aqui observa-se que o maior motivo é que as crianças já ultrapassaram a idade recomendada pelo provedor (68.1%), seguido de conselhos de familiares (39.0%), e de que as crianças já não necessitam do medicamento (31.5%), e desistiu antes do tempo (25.6%) entre outros.

Tabela 9. Motivos pelos quais as crianças não estavam a tomar os remédios tradicionais na data do inquérito, Manhiça e KaMavota, 2016.

Porque as crianças não estão a tomar remédios tradicionais	Manhiça		KaMavota			
	n	%	n	%	N	%
Passou a idade recomendada pelo provedor	125	33,7	128	34,4	253	68,1
Conselho de familiares	80	21,6	65	17,5	145	39,0
A criança já não precisa	54	14,6	63	16,9	117	31,5
Conselho do hospital	38	10,2	22	5,9	60	16,2
Desistiu antes do tempo	35	9,4	60	16,1	95	25,6
Não confia no remédio tradicional	12	3,2	10	2,7	22	5,9
Orientações religiosas	11	3,0	9	2,4	20	5,4
Efeitos adversos	8	2,2	7	1,9	15	4,0
Indisponibilidade do Provedor	5	1,3	5	1,3	10	2,7
Outros	3	0,8	3	0,8	6	1,6
Total	371	100,0	372	100	743	100

Sobre o processo de tomada de decisões de adesão a estas medidas, perguntando aos cuidadores quem havia lhes aconselhado e quem tinha sido o decisor principal para a última vez que a criança passou por uma destas medidas. A tabela 10 mostra que próximo da metade dos cuidadores disse que tinham sido aconselhados pelas suas mães ou sogras (42.8%), seguidos daqueles que disseram que não tinham sido aconselhados por ninguém (29.6%) e daqueles que foram aconselhados pelos (as) avó da cuidadora (16.7%); mas as decisões foram tomadas pelos (as) avós das crianças (42.8%) e pelos cuidadores pessoalmente (26.4%) e pelos pais (13.6%), (tabela10).

Tabela 10. Principais conselheiros e decisores para a adesão a prevenção tradicional em crianças dos 0 a 5 anos de idade, Manhiça e KaMavota 2016.

Quem aconselhou e quem decidiu para usar métodos tradicionais	Manhiça		KaMavota		Total	
	n	%	n	%	N	%
Quem aconselhou?						
Mãe/Sogra da cuidadora	165	44,5	153	41,1	318	42,8
Ninguém (próprio cuidador)	110	29,6	110	29,6	220	29,6
Avó da cuidadora	54	14,6	70	18,8	124	16,7
Outros	22	5,9	25	6,7	47	6,3
Amiga/colega/vizinha	11	3,0	10	2,7	21	2,8
Tia/madrinha	9	2,4	4	1,1	13	1,7
Total	371	100,0	372	100,0	743	100,0
Quem tomou a decisão principal?						
Avó da criança	152	41,0	166	44,6	318	42,8
A mãe/cuidador da criança	91	24,5	105	28,2	196	26,4
Pai da criança	56	15,1	45	12,1	101	13,6
Tia/vizinha/outros	72	19,4	56	15,1	128	17,2
Total	371	100,0	372	100,0	743	100,0

10.6 Percepções individuais e comunitárias sobre o efeito e limitações da medicina tradicional na prevenção de doenças da infância

Este estudo explorou as percepções individuais e comunitárias sobre o efeito da medicina tradicional na prevenção de doenças da infância, perguntando se eles acham que a sua criança estava livre de todas as doenças previstas após os métodos feitos. A maioria dos participantes (70.8%) acreditam que seus filhos estão livres de todas as doenças para as quais foram prevenidas na medicina tradicional, mas 20.9% não comunga da mesma crença, incluindo alguns (7.0%) que não sabem se suas crianças estão livres ou não (tabela 11). Dos que não acreditam que a criança está livre, 24.5% disse que não acreditam porque a criança não está a crescer bem, ou porque a criança anda doente e os medicamentos lhe fazem mal e 75.5% indicou outros motivos.

A outra pergunta foi “Estes métodos preventivos têm alguma inconveniência (algo que a Sra. não gosta ou não se sente bem em fazer)?”, ao que a maioria (97.8%) respondeu que não e 2.2% disse que sim. Dos que disseram que havia inconveniências indicaram o facto de os medicamentos apodrecerem rápido e o risco que as vacinas com laminas representam na transmissão de HIV/SIDA. Em relação a vantagens, a maioria dos cuidadores indicaram que a prevenção usando medicina tradicional impulsiona o crescimento saudável da criança (45.1%) e evita o desenvolvimento de doenças no geral (17.0%), incluindo a *doença da lua* (14.8%).

Tabela 11. Percepções individuais e comunitárias sobre as vantagens e desvantagens da medicina tradicional na prevenção de doenças em crianças dos 0 -5 anos na Manhiça e KaMavota, 2016

Percepções sobre eficácia e vantagens da medicina tradicional	Manhiça		KaMavota		Total	
	n	%	n	%	N	%
<i>Acha que sua criança está livre das doenças previstas nos métodos preventivos que teve?</i>						
Sim	297	80,1	229	61,6	526	70,8
Não	41	11,1	114	30,6	155	20,9
Não sabe	28	7,5	24	6,5	52	7,0
S/I	5	1,3	5	1,3	10	1,3
Total	371	100	372	100	743	100
<i>Quais são as vantagens dos métodos preventivos tradicionais que a criança teve?</i>						
Criança cresce bem	210	56,6	125	33,6	335	45,1
Evita doenças em geral	44	11,9	82	22	126	17,0
Previne doença da lua	54	14,6	56	15,1	110	14,8
S/I	21	5,7	78	21	99	13,3
Previne outras doença	28	7,5	21	5,6	49	6,6
A criança não chora muito	12	3,2	7	1,9	19	2,6
A criança será obediente	1	0,3	3	0,8	4	0,5
Outros	1	0,3	0	0	1	0,1
Total	371	100	372	100	743	100

10.7 Determinantes Socio demográficos e socioeconómicos da adesão à práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças

Como é habitual nas análises de associação entre variáveis dependentes e independentes (Roberto, 2017), neste estudo a medição da associação foi feita uma variável de cada vez usando o teste de Qui-Quadrado (χ^2). Esta regressão uni variável separando os dois distritos mostrou que de todos os factores considerados na análise apenas o grau de parentesco do cuidador com o chefe do agregado é que afecta com significância estatística a adesão às práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças. Juntar os dois distritos permitiu incluir a área de residência (rural vs

urbano) como um dos factores, e este mostrou-se estatisticamente significativo. Assim, achou-se útil usar a análise multivariada juntando os dois distritos (e não separar a análise por distritos).

A tabela 12 apresenta os resultados desta análise regressiva multivariada, especificando as categorias de cada variável explicativa. As categorias de referência são aquelas que, segundo a literatura, tendem a predispor os cuidadores a aderirem a medicina tradicional, como o analfabetismo (para a variável educação), residência em zonas rurais (para a variável área de residência), idosos (para a variável idade) e avós (para a variável relação entre o cuidador e a criança) (Isarhard et al., 2009).

Esta tabela 12 mostra que as cuidadoras que são filhas ou noras ou netas do chefe do agregado têm 2.4 vezes mais chances de aderirem a práticas tradicionais para prevenir doenças nas suas crianças do que aquelas que são chefes ou esposas dos chefes ($OR = 2,433$ e $p = 0.03$). Embora com um valor de p acima do limite de significância $p=0.05$ o residente na área rural (Manhiça) tem 1,6 vezes mais chances de aderirem a prática tradicional do que aquelas que vivem na zona urbana (KaMavota) ($OR = 1,619$; $p = 0.07$).

Embora não estatisticamente significativo cada vez que saímos dos menos escolarizados para os mais escolarizados há uma tendência destes últimos não aderirem as práticas tradicionais para prevenir doenças nas suas crianças Primário ($p=0.749$), Secundário ($p=0.450$) e Superior ($P=0.248$).

Apesar de ser um dado importante de se avaliar, o grupo étnico do cuidador também não se verificou associação estatisticamente significativa em relação a adesão de práticas tradicionais para prevenir doenças nas suas crianças em Manhiça e KaMavota ($P=0.942$).

A relação entre o cuidador e a criança não se mostrou estatisticamente significativa para a adesão de práticas tradicionais para prevenir doenças nas suas crianças em Manhiça e KaMavota ($P=0.312$).

Tabela 12. Odds Ratios de um cuidador praticar medicina tradicional para prevenir doenças em crianças na Manhica e em KaMavota, 2016.

Variável	Categorias	Odds Ratio	P-value	[95% CI]
Idade do cuidador	Idosos (65+) *	1	-	-
	Jovens (18-24)	0.357	0.226	0.067 - 1.890
	Adultos (25-64)	0.438	0.310	0.089 - 2.153
Grau de parentesco do cuidador com o chefe do agregado	Chefe do agregado*	1	-	-
	Esposa do chefe	0.957	0.890	0.517 - 1.774
	Filha/nora/neta	2.433	0.027	1.104 - 5.362
	Pai/mãe/irmã	0.795	0.672	0.276 - 2.294
	Outros/Não relacionados	1.307	0.715	0.310 - 5.516
Grau de parentesco do cuidador com a criança	Avo*	1	-	-
	Outro	0.578	0.312	0.199 - 1.673
Nível de escolaridade do cuidador	Nenhum *	1	-	-
	Primário	1.096	0.749	0.625 - 1.923
	Secundário	0.743	0.450	0.343 - 1.606
	Superior	0.681	0.248	0.355 - 1.307
Grupo étnico do cuidador	Etnias nacionais*	1	-	-
	Português/outros	0.942	0.825	0.555 - 1.599
Estado civil do cuidador	Solteira/nunca cs*	1	-	-
	Casada/união de facto	0.829	0.603	0.409 - 1.682
	Divorciada/separada	1.322	0.734	0.264 - 6.608
	Viúva	0.705	0.476	0.270 - 1.844
Religião do cuidador	Zione/nenhuma *	1	-	-
	Católica	0.85	0.635	0.434 - 1.664
	Evangel/protes/others	1.019	0.944	0.602 - 1.725
	Islâmica	0.628	0.413	0.207 - 1.910
Tamanho do agregado	7+ membros *	1	-	-
	5-6 (média)	0.93	0.754	0.588 - 1.469
	1-4 membros	0.786	0.526	0.373 - 1.654
Área de residência	Urbano (KaMavota) *	1	-	-
	Rural (Manhica)	1.619	0.072	0.957 - 2.737
Condições de habitação (+- status económico)	Status baixo *	1	-	-
	Status médio	0.971	0.898	0.616 - 1.530

11.DIUSSÃO

As características demográficas individuais dos participantes neste estudo são similares às reportadas por outros estudos nas zonas rurais e urbanas do Sul de Moçambique, embora haja uma diferença em relação à percentagem de agregados chefiados por homens vs mulheres na Manhiça – os estudos de Manhiça e das zonas rurais do Sul de Moçambique mostram que há mais agregados chefiados por mulheres do que por homens nestas áreas devido a migração laboral e a mortalidade em adultos masculinos (Nhacolo, 2021 e INE, 2017). Esta diferença pode ter sido causada por diferenças nas definições de chefes, i.e., se o estudo se referia a chefes residentes apenas ou incluía chefes não residentes. Incluir chefes não residentes resulta em altas percentagens de agregados chefiados por homens do que quando se refere apenas a chefes residentes. Em relação a escolaridade dos cuidadores, as altas percentagens de cuidadores não-escolarizados ou com apenas o ensino primário na Manhiça quando comparado com KaMavota, também são concordantes com os dados reportados em estudos anteriores sobre Manhiça e Maputo Cidade (Nhacolo, 2021 e INE, 2017). Em relação a etnicidade o estudo mostra uma composição que é de esperar para a zona sul de Moçambique – mais particularmente da etnia Tsonga do que as etnias do Centro e Norte do país como Lomwe/Chuabo e Makwa, embora haja mais “Português e outras línguas” do que o reportado em outros estudos como o de Arnaldo (2004). Quanto às condições de habitação, os resultados deste estudo aproximam-se aos resultados de outros estudos anteriores como o Inquérito de Indicadores de Malária feito pelo (INS, 2018), que mostra que em Maputo 89% dos agregados familiares urbanos e 53% dos rurais têm acesso a fontes melhoradas de água para beber. No entanto em relação ao saneamento os dados do estudo mostram elevadas percentagens de agregados que usam latrina tradicional do que as reportadas pelo inquérito do INS (2018), que mostra que a latrina melhorada existe em 16% dos agregados a nível dos distritos da província de Maputo.

Na dimensão individual este estudo mostra a *doença da lua*, *Xilala*, *Nombo*, *Disco*, e *Rumdjana* que foram as mais mencionadas pelos cuidadores como sendo as que mais afectam as crianças dos 0 a 5 anos de idade. A *doença da lua* é tida como uma doença típica da medicina tradicional e para a sua prevenção requer cuidados e rituais tradicionais. Esta doença é designada por *doença da lua* pela relação que a comunidade faz entre as fases da lua e os momentos críticos

desta doença e constitui preocupação para os cuidadores das crianças. Guiliche (2002) indica que muitas crianças sofrem ataques de convulsões durante as fases da Lua cheia e nova. Num outro estudo realizado nos distritos de Chibuto, Búzi e Angoche sobre as crenças e atitudes e práticas sócio-culturais relacionadas com os cuidados aos recém-nascidos, a *doença da Lua* aparece como uma das doenças que costuma afectar as crianças entre o nascimento até aos 6 meses (Matsinhe et al., 2007). Segundo este autor, os participantes dizem que esta doença é provocada por uma lombriga (*Nhocana*) que fica dentro do recém-nascido e faz com que a criança desenvolva um atraso mental e termine em loucura. Esta informação concorda com (Chidassicua, 2011) ao afirmar que “no seio da população do Sul de Moçambique prevalece uma crença que dita que todas crianças dos zero a mais ou menos 2 anos de idade, no mínimo, devem tomar um remédio tradicional denominado *chá de panelinha*” também comumente designado como remédio de lua, cujo principal objetivo é evitar que as crianças tenham convulsões e febres constantes na época de lua cheia. As doenças (*lua/Nhocane, Xilala, Nombo, Disco*) que são mencionadas pelos respondentes neste estudo como doenças preveníveis com recurso a medicina tradicional foram também mencionados nos estudos de Franco (1972), Junod (1996) Mungumbe (2001; 2006) e de Fulane (2012) como tendo uma causa social, como repreensão dos antepassados por algo que os vivos fizeram de mal, dado que existe uma ligação entre os espíritos dos antepassados e dos vivos. Resultados semelhantes a estes foram encontrados na África do Sul em várias etnias, onde a *doença da lua* é tida como sendo causada pelos espíritos dos antepassados da família da criança, mas que o tratamento é constituído pela abordagem mista, que envolve tanto a medicina convencional quanto a tradicional (Flisher e Williams, 2011).

Para além das doenças tradicionais os respondentes também mencionaram doenças que são prevenidas através da biomedicina como a tosse (13%), malária (12%) e diarreia (11%). Para estas doenças ficou claro que as cuidadoras reconhecem que são doenças, tratadas através da Biomedicina no caso principal da malária. Enquanto que as diarreias muitas vezes primeiro são controladas com recurso a plantas medicinais como Nkonola (*Terminalia cericea*). Apesar das cuidadoras terem mencionado a tosse como uma doença tratável na Biomedicina, muitas cuidadoras tendem a procurar cuidados da medicina tradicional, daí contribuírem nas estatísticas de casos de morbi mortalidade infantil com por exemplo a pneumonia que constitui um dos

principais casos de mortalidade infantil. Estes resultados são semelhantes aos encontrados no estudo realizado em Xai-Xai por Fulane (2012) em Moçambique, Bakshi et al., (2013) na serra Leoa; e Towns (2014) e Pillay (2017) na África do Sul.

Os dados mostram informações muito interessantes, a nível da dimensão familiar por exemplo, na pergunta “O que é que a Sra faz à sua criança para mantê-la saudável (não apanhar doenças)?” os cuidadores enumeraram tanto acções preventivas assim como as curativas, com distinção clara dos dois tipos de intervenção. Os dados mostram que há mais medidas curativas do que preventivas e os cuidadores conhecem claramente as doenças que não tem prevenção ou cura na medicina convencional ou na medicina tradicional; por exemplo, a malária aparece na lista de doenças da infância, mas não aparece na lista de doenças preveníveis ou curáveis através da medicina tradicional. Também eles sabem bem quando administrar e quando não administrar certos remédios, incluindo evitar administração simultânea de remédios tradicionais com as convencionais. As respostas dadas indicam que os cuidadores usaram a medicina tradicional não só para prevenir doenças, mas também para curar crianças doentes. Embora este estudo tenha como foco a prevenção de doenças em crianças de 0 a 5 anos de idade com recurso a medicina tradicional, algumas cuidadoras referiram que durante o período que a criança faz a prevenção algumas podem vir a desenvolver doenças tradicionais mencionadas, como resultado do abandono da prevenção como exemplo a doença de *Xilala*, onde a criança apresenta-se magra com veias visíveis na cabeça e fontanela afundada. Nestes casos o praticante de medicina tradicional faz o tratamento dos sintomas apresentados reforçando a dosagem dos remédios. Práticas semelhantes também foram encontradas na pesquisa de (Ndhlovu et al., 2022) que aponta algumas doenças tradicionais como a fontanela afundada, que são doenças populares infantis comuns em todo mundo e a nível da região africana como Zimbábue, Botswana, Eswatine e Malawi manifestando com vários distúrbios desde a desidratação incluindo a desnutrição.

A quantificação das práticas na dimensão familiar também foi dificultada pelo facto de haver intervenções que só ocorrem uma vez na vida da criança (como *Kutsivelela* e incisões ou vacinas) e outras intervenções que levam mais tempo ao longo da vida da criança, como a prevenção ou cura da *doença da lua*). A lista inclui acções da medicina convencional como aleitamento exclusivo e o cumprimento do programa de vacinação e peso, que são feitos em

simultâneo com as tradicionais. Mas esta simultaneidade não é arbitrária porque as cuidadoras estão claras de que há métodos preventivos que não podem ser administrados em simultâneo, por exemplo a criança não pode tomar *remédio da lua* no dia em que vai receber injeções da medicina convencional nas unidades sanitárias sob o risco de o bebé ter febres ou convulsões. Este paralelismo da medicina tradicional com a convencional também foi reportado por Takemoto et al., (2019), no seu estudo sobre Práticas Populares no cuidado Infantil realizado no Brasil em que as mães fazem paralelismo no tratamento das suas crianças menores de cinco anos como primeiro recurso nos cuidados primários.

Um estudo realizado na África de sul por Pillay (2017), para avaliar o uso de Medicina tradicional no cuidado de crianças menores de cinco anos indicou que 12% das mães fazem uso de Medicina tradicional a maioria 88.0% cuidam as suas crianças através da medicina convencional. Os resultados deste estudo foram superiores em 82.6% dos cuidadores que usam medicina tradicional para manter suas crianças saudáveis em paralelo com a medicina convencional do que aos encontrados na África do Sul.

Um outro aspecto a salientar nestes dados é que os cuidadores indicaram que há práticas individuais que devem ser feitas na mãe durante a gravidez, algo que sugere alguma similaridade com os costumes da medicina convencional nos cuidados pré-natais como por exemplo evitar comer certos alimentos como piripiri, cana-doce e outros.

A tomada de decisão para aderir a práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças envolve um processo complexo de dimensão familiar, influenciado por vários factores que incluem hábitos e/ou crenças culturais e influencias de membros da família e/ou da comunidade a onde as pessoas vivem (Biachini e Kerber, 2010; Fulane, 2012). Os dados deste estudo mostram que os cuidadores são maioritariamente aconselhados por suas mães ou sogras (45%) tias (20.3%), mas um em cada quatro cuidadores (25%) disseram que usaram a medicina tradicional nas suas crianças por iniciativa própria (sem ser aconselhados por ninguém). Este achado de não terem sido aconselhados por ninguém sugere que os cuidadores têm um conhecimento ou crença prévios de que ela deve usar a medicina tradicional para garantir boa saúde nas crianças. As respostas à pergunta sobre quem decidiu se a criança deve ou não receber métodos tradicionais mostram em 42.7% dos casos foram as avós das crianças, 43.0% os próprios cuidadores/pais/mães e 14.1%

outros familiares ou amigos e vizinhos. Fulane (2012), indica que as práticas de medicina tradicional são antigas e se transmitem de geração para geração.

O resultado deste estudo mostrou que os determinantes de adesão a práticas tradicionais que a maioria das variáveis ou determinantes consideradas neste estudo não são estatisticamente significantes. A análise mostra que o grau de parentesco do cuidador com o chefe do agregado e a área de residência são os factores mais importantes na adesão de práticas tradicionais. Mesmo assim, enquanto o efeito da área de residência é fácil de perceber o efeito do grau do parentesco não parece simples. Se os residentes nas zonas rurais tendem a aderir mais a práticas tradicionais devido a um conjunto de factores que lhes predispõem a fazê-lo (baixo nível socioeconómico quando comparado com residentes de zonas urbanas), não parece claro porque é que as noras/filhas/netas dos chefes praticam mais do que os chefes próprios ou outras categorias. Uma explicação possível pode ser a que foi tentada por Takemoto et al., (2019) no seu estudo sobre Práticas Populares no cuidado Infantil realizado no Brasil, que diz que as noras/filhas/netas tendem a ser mães jovens e obedientes as orientações dadas pelas suas mães ou avós ou sogras sobre cuidados a ter desde a gravidez e durante os primeiros 5 anos de idade dos seus filhos. Takemoto et al., (2019) adianta também que as mulheres mais velhas como as avós das crianças desempenham um papel importante nos cuidados da criança no geral e de saúde da criança em particular. Esta atitude das noras/filhas/netas dos chefes em relação a adesão pode estar a refletir a dinâmica do poder de decisão desta camada de cuidadoras ou também pode estar a refletir que é um grupo que precisa de atenção, já que muitas delas não têm decisão própria. Um outro dado que também permitiu alguma reflexão foi a escolaridade dos cuidadores. Há dados na literatura que indicam que os menos escolarizados têm a tendência de frequentar os PMT em relação ao mais escolarizado (DNMTA, 2019). Os achados deste estudo não mostram isso, mas apresentam – se de forma tendenciosa.

No que concerne ao conhecimento individual e familiar sobre os remédios tradicionais específicos indicados para prevenção de doenças em crianças, modos de preparação e de administração verificou-se que primeiro o PMT faz a formulação/receita dos remédios, ou pode colher pessoalmente as plantas medicinais na floresta. Depois de ter esta formulação dá a cuidadora que esta por sua vez, vai ao vendedor de remédios tradicionais que faz a dispensa dos mesmos através da formulação apresentada. Por fim a cuidadora leva os remédios e vai preparar de acordo com as

recomendações do PMT. Nestes remédios a raiz é parte da planta mais usada na mistura do remédio da Panelinha, o amplo uso das raízes pelos cuidadores e PMTs é baseado na percepção de que o poder terapêutico é mais concentrado nesta parte da planta Semenya (2013). Igualmente, na Tanzânia, as raízes são frequentemente usadas para o tratamento de epilepsia e outras doenças em crianças e adultos (Moshi et al., 2005). O modo de preparação comumente usado é a decocção, que segundo os cuidadores deve ser na panela de barro. A panela de barro é o recipiente mais recomendado para ferver os remédios tradicionais porque segundo os PMT, ajuda a conservar os princípios activos das plantas. Este conhecimento é partilhado também por (Moshi et al., 2005), que acredita que os princípios activos são facilmente extraídos por fervura e conservados por muito tempo quando usado a panela de barro.

Normalmente para a prevenção das doenças são administradas as crianças todos os remédios de acordo com a hora indicada pela pessoa que atendeu a criança. Neste estudo os cuidadores administram os remédios pela via oral. A preferência deste método pode ser devido ao facto de que o remédio administrado oralmente é facilmente absorvido pelo organismo Phumthum (2018). Para além da administração oral, foi referida a administração por meio de banho e fumigação. Esse método geralmente é aliado a crenças tradicionais para a remoção de espíritos malignos e purificação do corpo (Sharma et al., 2013). Este método também é comum na Índia, onde a administração dos remédios é através de banhos (Sharma et al., 2013).

Num estudo realizado no Brasil para avaliar o consumo de fitoterápicos em crianças revelou que 66% de mães de crianças de até cinco anos de idade que frequentavam dois Centros de saúde da Cidade de São Paulo e outra região periférica, utilizaram decocções de remédios e fitoterápicos para o cuidado de seus filhos com cólicas intestinais, sintomas de gripe e para tranquilizá-los (Alves e Sliva 2003).

Os resultados deste estudo, trazem a discussão o papel que as prevenções tradicionais têm no concernente as substâncias que as crianças ingerem durante a administração destes remédios tradicionais que podem trazer alguma complicação quando ingeridos por um longo período (OMS 2011). Além disso os usos destes remédios em algumas crianças apresentam efeitos adversos gerando complicações que terminam em internamentos a nível das pediatrias do nosso país (MISAU, 2019).

O uso de remédios tradicionais em crianças, principalmente nos bebês, nos quais o metabolismo destes remédios e a função renal são menos eficientes, pode acarretar efeitos mais intensos (Phumthum (2018).

Alguns destes remédios podem apresentar-se contaminados por bactérias como *Escherichia coli*, *coliformes fecais* e fungos produtores de aflatoxinas devido a má conservação (DNMTA, 2019). As bactérias como *E. coli*, são comuns e encontrados em solos contaminados, áreas com pouca higiene. Este tipo de bactéria é a causa frequente de diarreias comuns e sanguinolentas (Busch, 2022). A presença de coliformes totais em alimentos/remédios/tradicionais segundos (IMT, 2015) é considerado uma indicação útil de contaminação aquém dos padrões requeridos para o consumo, podendo causar várias doenças como por exemplo a gastrite, diarreias e cancro hepático.

O consumo de remédios tradicionais contaminados expõe os utentes a riscos variáveis, que em dependência da espécie de microrganismo ingerido ou das toxinas por estas produzidas, podem variar desde simples diarreia, passando pelo desenvolvimento de tumores malignos no caso da ingestão de aflatoxinas, culminando, em casos extremos, em óbito (Weyl e Hecht 1996).

12. CONCLUSÕES

Este estudo é um dos raros trabalhados em Moçambique que abordam práticas tradicionais de prevenção de doenças em crianças usando métodos quantitativos. A maioria dos cuidadores (82.6%) usam a medicina tradicional para prevenir doenças em suas crianças; mas estas práticas não podem ser vistas apenas como preventivas, mas sim também para cura de doenças que não tem prevenção ou cura na medicina convencional. O estudo mostra que os cuidadores usam a medicina tradicional em paralelo com a convencional e os factores que contribuem para a adesão a práticas tradicionais estão além da simples falta de acesso a serviços de saúde convencionais. A análise mostra que o grau de parentesco do cuidador com o chefe do agregado e a área de residência são os factores mais importantes na adesão de práticas tradicionais. Embora o estudo salienta o papel preponderante dos hábitos, crenças e costumes tradicionais na adesão a práticas tradicionais, a tentativa de decifrar e explorar o impacto destas crenças de forma quantitativa não foi muito frutífera. Esta dificuldade de explorar o impacto da cultura usando etnicidade sugere que a área de estudo deve ser ampliada ou o estudo deve ser feito em várias regiões culturalmente diferentes para capturar a variabilidade dos hábitos culturais e seus impactos na aderência a medicina tradicional. Igualmente, o facto de que variáveis como o nível de educação, religião e outros usados neste estudo não serem estatisticamente significantes para justificar diferenças na probabilidade de aderência a medicina tradicional sugere que outras categorizações destes determinantes ou outros determinantes deviam ser cuidadosamente capturados e incorporados em análises regressivas desta natureza.

13. RECOMENDAÇÕES

Para academia e investigação:

- Recomenda-se que o estudo deve ser feito em várias regiões culturalmente diferentes para capturar a variabilidade dos hábitos culturais e seus impactos na aderência a medicina tradicional;
- Estudo qualitativo para explorar motivações e a raiz do problema;
- Estudo sobre o olhar dos provedores de cuidados das unidades sanitárias sobre o contributo e riscos das práticas tradicionais.

Para o sector de saúde:

- Na prestação de serviços, inquirir sobre o uso de práticas tradicionais e aconselhar sobre questões de higiene, conservação e dosagem com base na evidência limitada existente;
- Criação de registos do uso de medicamentos tradicionais e monitorar os possíveis impactos;
- Aproximar os praticantes de medicina tradicional e engaja-los em diálogos que encorajam a adopção de práticas mais seguras.

Para a comunidade:

- Para as noras/filhas/netas dos chefes por se tratarem na sua maioria de mães jovens é preciso que se tenha o cuidado no momento da colocação de mensagens relativas a prevenção de doenças dos seus filhos menores é necessário que lhes seja dada a oportunidade de decisão relativas aos seus progenitores se forem maiores de idade.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad, S. (2008): Unani medicine: introduction and present status in India. *Int J Altern Med*.
- Almeida, F. e Rouquayrol, M.Z (2006): Modelo de Saúde e Doença introdução a Epidemiologia 4.ed. ver e amp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogna.
- Alves, P. C. A. (2006): Fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio.
- Alves, A. R., Sliva, M. J. P. (2003): O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. *Antropológicos da doença: breve revisão crítica*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- Antwi-Baffour S.S, Bello A.I, Adjei D.N, Mahmood S.A, Ayeh-Kumi P.F. (2014): The place of traditional medicine in the African society: the science, acceptance and support. *Am J Health Res.*;2(2):49–54.
- Araz, N., & Bulbul, S. (2011) : Use of complementary and alternative medicine in a pediatric population in southern Turkey. *Clin Invest Med*. 34, 21-9.
- Arnaldo, C. (2004): "Ethnicity and marriage Patterns in Mozambique". Centro de Estudos de População; Universidade Eduardo Mondlane- Maputo Moçambique.
- Baer, H., Singer, M. & Susser, I. (2003): *Medical Anthropology and the World System*, Westport, Praeger.
- Bakshi, S.S., S. McMahon., A. George., F. Yumkella., P. Bangura., A. Kabano e T. Diaz (2013): The role traditional treatment on health care seeking by caregivers for sick in Sierra Leone: Results of a baseline survey. 7pp. *ActaTropica*, 127: 46-52.
- Bianchini, C e N. Kerber (2010): Mitos e crenças no cuidado materno e do recém-nascido. 16pp. *Vittalle*, 22(2).
- Bronfenbrenner, U. (1977): An experimental ecology of human development. *American Psychologist*, Washington, DC: American Psychological Association, n.32, p. 513-531
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187–249). Jessica Kingsley Publishers.
- Bronfenbrenner, U. (1996): A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Bronfenbrenner, U., Morris, P. A. (1998): The ecology of developmental processes. In: Damon, w.; Lerner, R. M. (Orgs.). Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development. New York: John Wiley, p. 993-1028.
- Bronfenbrenner, U. (2005). The Bioecological Theory of Human Development. In U. Bronfenbrenner (Ed.), Making Human Beings Human (pp. 3-15). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Bülbül, S. H., Turgut, M., & Köylüoğlu, S. (2009). Parents' views about alternative practices in children. *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*. 52. 195-202.
- Busch, Laurry M. (2022): Infecções por Escherichia coli Avaliação Clínica, FACP, Charles E, Schmidt College of Medicine, Florida Atlanta University.
- Camelles, J. (1993): La utopia de Lá atencion de salud ; auto atención, *Prática média Y assistência primária*. Revisiónes en Salud Pública (3), PP 164-192.
- Cenecarta (2021): Enquadramento Geográfico do distrito de Manhiça e KaMavota
- Chavan P, Joshi K, Patwardhan B. (2006): DNA microarrays in herbal drug research. *Evid. Based Complement. Alternat. Med.*; 3:447–57.
- Chidassica, J. B. (2011): Práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos de idade, na comunidade de Mopeia -Moçambique Tese de Mestrado. Universidade de São Paulo- Faculdade de Saúde Pública. Brazil. 179pp.
- Cruz, D. (1910), Em terras de Gaza. Porto.
- De Assis , T. J., Conceição, M.I., Licença, I. G, Compos, N., Reis, M., Fialho, L. A., Brombatti, L. P.(2018): Medicina Tradicional no Brasil e em Moçambique: desafios, apropiações e Debate em Saúde Pública –Brasil e Moçambique.
- De Villiers, F.P.R. and Ledwaba, M.J.P. (2003): Traditional healers and pediatric care. *South African Medical Journal*, 93(9): 664.
- DNMTA (2019): Plano Estratégico da Medicina tradicional de Moçambique.
- DNMTA (2019) Relatório Anual Direcção Nacional de Medicina Tradicional- Maputo.
- Dessem, M. A.; Braz, M. P. (2000): Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231,

- Du, Y., Wolf, IK., Zhuang, W. (2014): Use of herbal medicinal products among children and adolescents in Germany. *BMC Complement Altern Med* **14**, 218
<https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-218>
- Eisenberg, L. (1977): “Disease and illness, Distinctions between professional and popular ideas of sickness”. *Culture, Medicine and Psychiatry*, Cleveland, 1(1):9–23.
- Ekor, M. (2013): The growing use of herbal medicines: issues relating to adverse reactions and challenges in monitoring safety. *Frontier in Pharmacology*, 4:177.
- Flisher, A. J; Williams, D. R. (2011): Traditional Healers in the Treatment of Common Mental Disorders in South Africa *J Nerv Ment Dis.* 2009 June; 197(6): 434–441. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181a61dbc.
- Foster G. M. (1976): Disease etiologies in Non-Western Medical Systems. *American Anthropologist.*; 78(4): 773-78
- Franco, G. (1972): *Dicionário de Antropologia*, Viseu, Verbo.
- Fulane, G. G. (2012): *Percursos das mães na procura de medicamentos para doenças em menores de cinco anos num mercado farmacológico múltiplo na Cidade de Xai-Xai, Em Moçambique.* Dissertação para o grau de Mestre em Desenvolvimento Saúde Global. Instituto Universitário de Lisboa ISTEUC.
- Granjo, P. (2014): *Saúde e Doença em Moçambique* Health and Illness in Mozambique.
- Green, E. (1999): *Indigenous Theories of Contagious Disease.* Alta Mira Press. Guiddens, A. Sociologia. Artimed, 4ª edição.
- Guiliche, T.A. (2002): *Percepção, cura e integração social da criança epiléptica: Um estudo do caso na zona periférica da Cidade de Maputo.* Universidade Eduardo Mondlane.
- Honwana, A. M. (2002): *Espíritos vivos tradições modernas possessão de espírito e reintegração pós-guerra, no Sul de Moçambique.*
- Hailu, F., Cherie, A., Gebreyohannis. T., Hailu, R. (2020): Determinants of traditional medicine utilization for children: a parental level study in Tole District, Oromia, Ethiopia. *BMC Complement Med Ther.* Apr 23;20(1):125. doi: 10.1186/s12906-020-02928-1. PMID: 32321497; PMCID: PMC7178580.

- Humer, M., Scheller, G., Kapellen, T., Gebauer, C., Schmidt, H., Kiess, W. (2010): Uso de ervas medicinais em crianças Alemãs - prevalência, indicações e motivação. Dtsch Med Wochenschr, 135 (19): 959-964.
- Lee, H. Y., Yun, Y. J., Yu, S. A., Park, Y. H., Park, B. W., Kim, B. Y., & Hwang, M. S. (2018): A cross-sectional survey of clinical factors that influence the use of traditional Korean medicine among children with cerebral palsy. Integrative medicine research, 7(4), 333-340.
- Leavell, H. R., Clark, E. G. (1978) Medicina Preventiva. SP, McGraw-Hill do Brasil, RJ Fename.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2017): Dados Definitivos do IV Recenseamento Geral da População e Habitação, Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
<http://WWW.ine.gov.mz/iv-rgph-Maputo-provincia/quadro-3-populacao-por-idadesegundo-distrito-area-de-residencia-e-sexo-maputo-provincia.XL/view>; accessed on 18.02.2019.
- IMT (Instituto de Medicina Tradicional) (2015): Relatório Anual do Instituto de Medicina Tradiciona
- INS (Instituto Nacional de Saúde) (2018): Inquérito sobre indicadores da Malária.
- Iserhard, A. R., Budó, M.L, Neves, E. T., Badke, M. R. (2009): Práticas Culturais de Cuidados de Mulheres Mães de Recém-Nascidos de Risco do Sul do Brasil. Escola Anna Nery Revista Enfermagem, Rio De Janeiro, v. 13, n. 1, p.116-122, jan.
- Junod, H. (1939): “Os indígenas de Moçambique no séc XVI e começo do séc. XVII segundo os antigos.
- Junod, H. (1974): Usos e costumes dos Bantus, a vida duma tribo do sul da África.
- Junod, H. (1996): Usos e Costumes dos Bantu, Tomo I, Maputo, Arquivo Histórico de Moçambique.
- Jeong, M. J., Lim, J. H., Hwang Bo, M., Kim, K. B., & Yun, Y. J. (2012) : A study on the utilization of Korean medicine & other parallel treatments for neurological disease children & adolescents treated with western medicine. The Journal of Pediatrics of Korean Medicine, 26(2), 72-84.

- Koning, de J. (1993): Registo de nomes vernaculares de plantas em Moçambique, Faculdade de Biologia, Universidade Eduardo Mondlane -Maputo Moçambique e Research Institute Rijksherbarium Hortus Botanicus , Leiden State University.
- Mahomoodally, M.F. (2013): Traditional Medicines in Africa: An Appraisal of Ten Potent African Medicinal Plants. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2013, Article ID: 617459.
- Marrato, J. (1990): Condições de Enquadramento Familiar da Criança deficiente mental Maputo: ISP, Tese de Licenciatura.
- Mathez-Stiefel SL, Vandebroek,I., Rist, S. (2012): Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia. J Ethnobiol Ethnomed 8 (1): 26.
- Matsinhe, C., Biza,A., Langa, J., Nhamaze, H., Manuel, S. (2007): Crenças, Atitudes e Práticas Sócio-Culturais Relacionadas com os Cuidados ao Recém-Nascido. Kula Estudos e Pesquisas aplicadas SAVE THE Children Mocambique.
- Meneses, M.P. (2000): Medicina Tradicional, biodiversidade e conhecimentos rivais em Moçambique. Oficina do CES; 150.
- MISAU, (1981): Secção de Nutrição, Direcção Nacional de Medicina Preventiva (1981), “Alguns resultados preliminares do trabalho do GEMT (Grupo de Estudos de Medicina Tradicional)”, Cadernos de Saúde 1.
- MISAU (2004): Política da Medicina Tradicional e Estratégia da sua Implementação, BR nº 15, 1ª Série, Maputo, Imprensa Nacional.
- MISAU (2019): Estratégia Nacional de Alimentação Infantil.
- MISAU (2019): Plano estratégico da Medicina Tradicional em Moçambique.
- Munguambe, K. (2001): Emic and Etic Perspectives of Household Environmental Health in Manhica. London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Munguambe, K. (2006): Patterns and factoress associated withi environmental health practices in households of rural Mozambique. Thesis submitted to the University of London in fulfilment of the degree of Doctor of Philosophy in the faculty of Medicine.

- Moshi, M., Kagashe, G., Mbwamboa, Z. (2005) Plants used to treat epilepsy by Tanzanian traditional healers. *Journal of Ethnopharmacology*.; 97: 327-336.
- Nhacolo, A., Jamisse, E., Augusto, O., Matsena, T., Hunguana, A., Mandomando, I., Arnado, C., Munguambe, K., Macete, E., Alonso, P., Saute, F.e Scoor, C. (2021): Atualização do Perfil da Coorte: Sistema de Vigilância Demográfica e Sanitária da Manhica (HDSS) de Centro de Investigação em Saúde da Manhica (CISM), *International Journal of Epidemiology*, Volume 50, Edição 2, Abril 2021, Página 395, <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa218>
- Ndhlovu, P.T., Omotayo, A.O., Otang-Mbeng, W., Aremu, A.O. (2022): Commercialization Potential of Six Selected Medicinal Plants Commonly Used for Childhood Diseases in South Africa: A Review. *Sustainability* 2022, 14, 177. <https://doi.org/10.3390/su14010177>.
- OMS (1978): Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Ama-Ata, Moscovo, Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/ (Alves, 2006)Alma-Ata.pdf. Consultado em 12/12/20.
- OMS (2000): General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2002): Traditional medicine strategy 2002 – 2005. Geneva: World Health Organization
- OMS (2011) : A Situação Mundial dos Medicamentos Tradicionais: Situação Global, Questões e Desafios. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 3:1-14.
- OMS (2013): Reforçar o Papel da Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde: Uma Estratégia para Região Africana.
- OMS (2013): Tradicional Medicine Strategy 2014- 2023.
- OMS- (2023): World Health Organization Factsheet<https://www.unicef.org/mozambique/> Acessado no dia 20.2.2023.
- Opaneye, A. A. Traditional medicine in Nigeria and modern obstetric practice: need for co-operation. *Cent Afr Med J.* (1998); 44:258-61.
- Pillay, S, (2017) The use of Traditional Medicine by Caregivers for Children Under the age of five years as health seeking behaviour.
- Polanah, L.D. (1967-68): “Possessão e exorcismo em Moçambique”, Memórias do Instituto de Investigação Científica de Moçambique, 9 (C).
-

- Poletto, R. C., e Koller, S. H. (2002): Rede de apoio social e afetivo de crianças em situação de pobreza. *Psico-PUCRS*, 33 (1), 151-176.
- Phumthum, M, Balslev, H. Thai (2018) Ethnomedicinal Plants Used for Diabetes Treatment. *OBM Integrative and Complementary Medicine*. 3(3).
- Ramaube, E. M. (2018): Traditional Disease Prevention Practices Performed during infancy in a designated municipaly word in tshuwane district. Dissertation. Universidade Van Pretoria
- Rita-Ferreira, A. (1967-1968): “Os africanos de Lourenço Marques”, *Memórias do Instituto de Investigação Científica de Moçambique*, 9; 95-491
- Robert, V. Labaree (2017): Organizing Your Social Research Paper: Independent and Dependent Variables. University of Southern California - USC Libraries - Research Guides. Recuperado de libguides.usc.edu.
- Rodrigues, A. G. (2001): Buscando Raízes -Centro Universitário de Belo Horizonte – Antropológicos, Porto Alegre, ano 7, n. 16, p. 131-144, Brasil.
- Semenya S, Potgieter M, Erasmus L. (2013) Bapedi phytomedicine and their use in the treatment of sexually transmitted infections in Limpopo Province, South Africa. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 7(6): 250-262.
- Sharma J, Gairola S, Gaur R, Painuli R, Siddiqi T. (2013) Ethnomedicinal plants used for treating epilepsy by indigenous communities of sub-Himalayan region of Uttarakhand, India. *Journal of Ethnopharmacology*.; 150: 363-370.
- Tizazu, Dawit , Workineh, Yinager e Workineh, Yeneneh. (2020): Parental Traditional Medicine Use for Children and Associated Factors in North Mecha District, North West Ethiopia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*. Volume 11. 10.2147/PHMT.S27524
- Tomereli, K. R, Marcon, S.S. (2009): Mãe Adolescente cuidando do filho na Primeira Semana de Vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, V62, n.3, P 355-361, Maio.
- Takemoto AY, Zarpelon NF, Rossetto EG (2019) : Práticas populares no cuidado infantil: percepção das mães: Faculdade Guairacá. Guarapuava. PR, Brasil, *Rev Rene*. 2019;20: e40075.

- Tugume, P. & Nyakoojo, C. (2019). Levantamento etnofarmacológico de remédios fitoterápicos usados no tratamento de doenças pediátricas na paróquia de Buhunga, distrito de Rukungiri, Uganda. *BMC Medicina Complementar e Alternativa*, 19(1), 353
- Towns, A.M. Mengue, E.S, Andel, T.V. (2014): Traditional medicine and childcare in Western Africa: Mothers' knowledge, folk illnesses, and patterns of healthcare-seeking behavior. *PloS One*. 2014; 9(8): e105972.
- Uchôa, E. & Vidal, J. (1994). “Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença”, *Cadernos de Saúde Pública* 10 (4), pp.497-504.
- UNICEF (1978): World Health Organization: Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata USSR. 62 September, Geneva: WHO.
- UNICEF (2018): Relatório anual de Moçambique -www.unicef.org/mozambique/pesquisas-e-publicações.
- Weyl, O. Kaise, H. e Hecht, T. (1996). Incidence of fungi and aflatoxinas in imported area Nut Samples. *South African journal of Science*. Vol. 92
- Wu, C. H., Chi-Chuan, W. e Jae, K. (2013): ‘The Prevalence of Herb and dietary Supplement Use among Children and adolescents in United Satay-us: Results from the 2007 National Health interview survey. *Complementary therapies in Medicine: Volume 21, issue 4, August, pages 358- 363*
- WMA (2013): Declaration of Helsinki- Ethinical Principles for Medical Research Involving Human Subjects internet. Fortaleza , Brazil: 64thWMA General Assembly ; Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zhang, H. Wang, N., Zheng, L. (2000): A influência da adesão à OMC no progresso da modernização da matéria médica chinesa no século XXI. *China Pharm*.

15. ANEXOS

Anexo I: Carta de aprovação do protocolo de estudo pelo CIBS FM&HCM

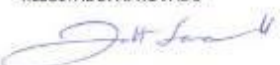
 **Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo** 
(CIBS FM&HCM)

O Dr. Juhit Sacarial, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de
Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):
Nome (s): Helena Correia
Protocolo de investigação: versão 3 de Fevereiro de 2016
Consentimento informado: versão 3 de 12 Fevereiro de 2016
Questionários: versão 3 de 12 Fevereiro de 2016
Guião de entrevista: 3 de 12 Fevereiro de 2016
Do estudo:
**TÍTULO: "Crenças e Práticas em relação as medidas tradicionais de prevenção de doenças em
crianças menores de cinco anos de idade nos distritos de Manhica e Kamavota."**
E faz constar que:
1ª Após revisão pelos membros do Comité das respostas dos investigadores das recomendações
feitas no dia 04 de fevereiro de 2016 pelo Comité, e que foi incluída na acta 02/2016 o CIBS
FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que
impeça a início do estudo.
2ª Que a revisão se realizou de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM –
emenda 2 de 28 de Julho de 2014.
3ª Que o protocolo está registado com o número CIBS FM&HCM/97/2015.
4ª Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.
5ª Que não existiu nenhum conflito de interesse registado pelos membros do CIBS FM&HCM.
6ª O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a
autorização administrativa.
7ª A aprovação tem validade de 1 ano e termina a 21 de Fevereiro de 2017. Um mês antes desse
data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.
8ª Recomenda aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no
mínimo uma vez ao ano.
9ª Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos.

E emite
RESULTADO: APROVADO


Assinado em Maputo aos 22 de Fevereiro de 2016

Faculdade de Medicina, Av. Salvador Alende nº702, telefone: 21428076 Página 1 de 1

Anexo II: Folha informativa do participante

PRÁTICAS TRADICIONAIS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE NOS DISTRITOS DE MANHIÇA E DE KAMAVOTA, SUL DE MOÇAMBIQUE

V. final– 12.02.2016

Propósito do estudo (por que está sendo feito este estudo)

O Centro de Investigação em Saúde da Manhica (CISM) e o Instituto de Medicina Tradicional (IMT) pretendem realizar um estudo sobre o que as pessoas fazem tradicionalmente para prevenir doenças em crianças dos zero aos cinco anos no distrito da Manhica e cidade de Maputo, mais concretamente na área de saúde do Hospital Geral de Mavalane.

Este estudo pretende compreender bem quais são as doenças em crianças que os pais ou cuidadores procuram prevenção e tratamento nas unidades sanitárias e quais são aquelas que são prevenidas fora do hospital. Para isso é necessário buscar esta informação junto às comunidades, através de inquéritos nos agregados familiares, entrevistas individuais e em grupo, bem como observação não participante das práticas tal como elas são levadas a cabo (preparação dos remédios tradicionais, administração dos remédios as crianças e os rituais de prevenção). Muitos dos que providenciam serviços de saúde nas unidades sanitárias não conhecem os detalhes destas práticas e não sabem como integrar o aconselhamento que dão as mães das crianças nos conselhos que as mesmas recebem das matronas, praticantes de medicina tradicional e anciãos na comunidade. Esta informação pode ajudar a melhorar o entendimento entre os provedores de serviços de saúde convencional nas unidades sanitárias (em especial no sector de saúde materno-infantil) e a comunidade.

O que será feito neste estudo?

Este estudo consiste em fazer perguntas através de um inquérito e entrevistas individuais e discussões em grupo, com membros das comunidades (chefe dos agregados familiares e

cuidadores de crianças 0 a 5 anos, PMT e vendedores de remédios e plantas medicinais). Você faz parte deste grupo de pessoas, e por isso queremos pedir a sua participação. Durante esta conversa pretendemos debater temas relacionados com as práticas tradicionais de prevenção de doenças na infância, crenças e normas que as definem. Pretende-se também perceber quais as motivações que levam a estas práticas, como são feitas e que doenças estas previnem. Também gostaríamos de fazer observações dos rituais das práticas preventivas tradicionais, com objectivo de colher informação sobre os procedimentos na realização destes rituais.

Sou obrigado a participar?

Não. A sua participação é inteiramente voluntária. Se você quiser pode não participar. Não será penalizado e não perderá quaisquer benefícios a que você tem direito. Depois de aceitar participar, mesmo antes ou durante a entrevista ou discussão em grupo, se mudar de ideia mais tarde pode desistir de participar a qualquer momento. Também não será afectado por isso. Você não tem que dizer seu nome ou nome de outras pessoas durante as entrevistas.

Se eu participar, o que tenho que fazer?

Só terá que aceitar ser entrevistado e responder às perguntas que lhe forem colocadas pelos entrevistadores e/ou inquiridores, ou aceitar participar numa conversa em grupo. As entrevistas e as discussões em grupo serão feitas em forma de conversa. Estas serão gravadas, mas só se você concordar. Gravamos para não correremos o risco de perder a informação importante que o Senhor/a nos fornecer. Se o Sr/a não aceitar gravar a entrevista a sua participação não será excluída; nesse caso o entrevistador só terá que tomar notas sobre o que você disser. Durante os inquéritos aos agregados familiares, o inquiridor irá fazer perguntas em que você terá que dar respostas directas e precisas. As entrevistas podem durar 45 minutos a 1 hora, os inquéritos podem levar cerca de 30 minutos e os grupos focais podem levar 1-2 horas.

Confidencialidade

A sua confidencialidade vai ser respeitada. Quer dizer que nenhuma informação que revela a sua identidade estará disponível. Toda a informação recolhida durante as entrevistas consigo será mantida em segurança e nenhuma outra pessoa que não esteja autorizada pelo investigador será

capaz de ligar a informação ao seu nome ou endereço. Quaisquer nomes que você mencionar serão removidos.

Possíveis Riscos de Desconforto.

Não há possibilidade de riscos envolvidos com o estudo. Se durante uma entrevista, uma DGF ou um inquérito você sentir que alguma pergunta é muito pessoal ou se as perguntas estiverem a falar de temas que lhe criam desconforto, o Sr/a está livre de não responder, não será obrigado a responder. Durante as entrevistas ou grupos focais poderão ser tiradas fotografias; estas serão usadas somente para propósitos científicos e não irão conter qualquer outra informação pessoal. A identificação das pessoas nas fotografias será protegida através de técnicas de ocultação da face. Se você quiser pode recusar-se a tirar fotografia.

Benefícios

Os resultados deste estudo sobre Crenças e Práticas em relação as medidas tradicionais de prevenção de doenças em crianças 0 a 5 anos no distrito da Manhiça e Maputo, poderão ajudar o Ministério da Saúde na adequação de mensagens e intervenções de saúde da comunidade tendentes a encorajar a adopção de práticas seguras de prevenção da morbilidade infantil ao nível do agregado familiar. Este é um benefício para a comunidade em geral, não havendo algum benefício individual directo a este estudo.

A quem contactar para questões a cerca do estudo?

Caso queira ter mais informações poderá contactar os investigadores do estudo através dos contactos que estão disponíveis neste boletim de informação.

Investigadora do estudo: Helena Namurá Correia número fixo +258 21305463; telemóvel +258 82 7465640/843535240

Supervisora: Khátia Munguambe, número fixo +258 21 810002; telemóvel +258 82 7356566

PRÁTICAS TRADICIONAIS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE NOS DISTRITOS DE MANHIÇA E DE KAMAVOTA, SUL DE MOÇAMBIQUE

Formulário do consentimento informado para o participante

Perm id: |_|_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|

Eu fui adequadamente informado (ou leram para mim e compreendi) a finalidade, procedimentos em participar neste processo de recolha de dados sobre crenças e práticas em relação as medidas tradicionais de prevenção de doenças em crianças 0 - 5 anos de idade, e o uso dos meus dados demográficos em análises sobre este tema. Eu tive a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre este assunto e todas elas foram respondidas e me satisfizeram. Eu como residente na área de estudo sei que posso recusar em fazer parte deste processo de recolha dados usando entrevistas singulares ou em grupo, ou ainda observações do que os residentes fazem para prevenir doenças aos seus filhos menores. Eu compreendo que posso retirar o meu consentimento a qualquer hora sem perdas nenhuma. Eu compreendo ainda que toda a informação colectada será tratada de forma confidencial e concordo livremente em participar neste estudo. Após a assinatura abaixo, eu receberei uma cópia da folha de informação e cópia deste formulário do consentimento.

[illegible]

.....

.....

Código do trabalhador do campo: |__|__|__| Data:/...../.....

Polegar direito

Anexo IV. Inquérito aos agregados familiar

HUMBA_V0.3 Questionário para os agregados familiares

	Centro de Investigação em Saúde da Manhica	Número de série
	<i>Estudo: Crenças e Práticas em Relação as Medidas Tradicionais de Prevenção de Doenças em Crianças de 0 a 5 anos nos Distritos da Manhica e Kamavota</i>	
	<i>Questionário aos Agregados Familiares v0.3 – 20.01.2016</i>	

Secção 1

(A ser respondida pelo chefe do agregado ou outro membro idóneo do agregado)

INFORMAÇÃO GERAL SOBRE O INQUÉRITO

Data do Inquérito (dd-mmm-aaaa)	____-____-____
ID do questionário	HUMBA_INQ. ____-____
Local do estudo Manhica=1 Maputo=2	____
Nome do Bairro	____
Número do agregado familiar <i>Se não aplicável coloque 888 nos primeiros 3 campos</i>	____-____
Resultado do inquérito	1=Completo; 2=Incompleto ____
Se incompleto, indique razões?	1=Recusa; 2=Respondente indisponível; 3=Outros Especifique _____ ____
Número de visitas feitas	____
Iniciais do respondente ao inquérito	____

Perm ID do respondente <i>Se não aplicável coloque 888 nos primeiros 3 campos</i>	____-____-____
Sexo do respondente	1= Masculino; 2= Feminino ☐
Grau de parentesco do respondente com o chefe	____ 1= Chefe; 2= Esposo/a; 3= Filho/a; 4=Irmão/a; 5=Pai; 6=Mãe; 7=Nora; 8=Cunhado/a; 9=Tio/a; 10=Neto; 11= Enteado; 12=Adoptado; 13=Primo; 14=Sobrinho; 15=Sem parentesco; 16=Outro (especificar)_____
Secção 2 (A ser respondida pelo Chefe do agregado) DADOS DO CHEFE DO AGREGADO E DO AGREGADO	
<i>Nota: Se o respondente for o mesmo que respondeu as questões da secção anterior (secção 1), não faça as perguntas 11, 12 e 13 desta secção</i>	
Inicias do chefe do agregado	____
Perm ID do chefe <i>Se não aplicável coloque 888 nos primeiros 3 campos</i>	____-____-____
Sexo do Chefe	1=Masculino; 2=Feminino ☐
Idade do chefe	____ 88 = Não sabe
Estado civil do chefe?	____ 1= Solteiro (nunca viveu maritalmente); 2= Casado; 3=União-de-facto; 4=Divorciado; 5=Separado; 6=Viúvo/a; 88=Não sabe
Local de nascimento do chefe?	____ 1=Distrito da Manhica; 2= Província de Maputo; 3=Cidade de Maputo; 4=Cidade da Matola; 5=Gaza; 6=Inhambane; 7=Sofala; 8=Manica; 9=Tete; 10=Zambézia; 11=Nampula; 12=Cabo-Delgado; 13=Niassa; 14=RSA; 15=Swazilândia; 16=Outro país Africano; 17=Europa; 18=Ásia; 19=América; 20=Outro; 88=Não sabe;

Nível de escolaridade do chefe?	_ _ 1=Sem educação escolar; 2=Alfabetização de adultos 3=Ensino Primário 1º grau (1ª a 5ª classe) 4= Ensino Primário 2º a grau (6ª a 7ª classe) 5= Ensino Secundário (8ª 10ª a classe) 6=Ensino técnico profissional 7=Ensino pré-universitário (11ª a 12ª classe) 8= Ensino superior 9=Outros [Especificar]_____ 88=Não sabe
Ocupação principal do chefe?	_ _ 1=Trabalhador de saúde/outra emprego formal; 2=Trabalho manual especializado; 3=Camponês assalariado; 4=Pequeno agricultor (Subsistência); 5=Trabalhador independente (não agrícola); 6=Trabalhador imigrante (RSA) 7=Pescador; 8=Artesão; 9=Estudante;10=Doméstico (Empregado); 11=Reformado/pensionista 12= Sem trabalho; Outros [Especificar] _____
Línguas mais faladas no agregado?	1ª Língua mais falada: _____ _ _ 2ª Língua mais falada: _____ _ _
Número de construções	_ _
Tipo de habitação (principal construção) <i>Considere construção principal, aquele em vive/dorme o chefe do agregado.</i>	_ 1=Alvenaria _ 2= Madeira e zinco _ 3= Pau a pique _ 4= Caniço _ 5=Outros [Especifique] _____
	<i>Nota: faça todas as perguntas</i> 1=SIM 2=NÃO

Nesta agregado tem?	☐ Energia eléctrica? ☐ Rádio? ☐ Se SIM, escutou rádio esta semana aqui em casa? ☐ Televisor? ☐ Se SIM, assistiu televisão esta semana aqui em casa? ☐ Bicicleta? ☐ Congelador? ☐ Geleira? ☐ Mota? ☐ Carro?
Principal fonte de energia usada no agregado para iluminação?	☐ 1=Electricidade; 2=Gerador; 3=Painel solar;4=Petróleo;5=Velas;6=Baterias;7= Lenha 8= Outros (especifique) _____
Principal fonte de água utilizada para consumo (cozinhar)?	☐ 1=Água canalizada; 3=Poço protegido; 4=Poço não protegido; 5=Furo com bomba manual; 6=Água da chuva; 7=Rio; 8=Outros (especificar)_____
Onde tiram água para consumo (cozinhar)?	☐ 1=Dentro de casa; 2= no quintal; 3=Em casa do vizinho; 4= local público; 5=Outros (especificar) _____
Que tratamento dá a água para consumo (para beber)?	☐ 1=Nenhum; 2=Fervura; 3=Cloração (certeza, lixívia); 4=Filtração; 5=Métodos tradicionais (ex: moringa, deixar ao sol) especifique_____ 6=Outros, (especifique) _____
Que tipo de saneamento (tratamento de dejectos) é utilizado neste agregado?	☐ 1=céu aberto; 2=aterro; 3=Latrina tradicional; 4=Latrina com laje não ventilada; 5=latrina melhorada ventilada; 6= retrete; 7=Outros especifique_____

Quantas pessoas residem neste agregado?

(Escreva número de membros que residem há mais de 3 meses ou que acabam de imigrar para o agregado com intenção de ficar 3 ou mais meses. Coloque "00" - Zero, quando não tem ninguém desta faixa etária)

Crianças de 0 - 5 anos	_ _
Crianças de 6 - 10 anos	_ _
Adolescentes/jovens 11 – 24 anos	_ _
Adultos de 25 - 65 anos	_ _
Velhos/ idosos de 66 anos ou mais	_ _
Total de residentes	_ _

Secção 3

(A ser respondida pelo cuidador de crianças de 0 a 5 anos)

DADOS DA MÃE OU CUIDADOR DE CRIANÇAS DOS 0 a 5 ANOS-

Nota: As perguntas que se seguem serão respondidas pelo cuidador de uma criança de 0 a 5 anos de idade. Para seleccionar a criança siga as seguintes instruções.

Se no agregado, tiver mais de uma criança com idade entre 0 a 5 anos, escolha aleatoriamente apenas uma criança.

Para fazer escolha aleatória, escreva os nomes das crianças que fazem parte do intervalo de idade de 0 a 5 anos em papelinhos. Depois dobra e baralha os papelinhos, peça alguém para escolher um papelinho, o nome da criança que for seleccionada considere-a participante do estudo.

De seguida peça falar com o cuidador da criança seleccionada e faça perguntas das secções 3, 4, 5 e 6.

Iniciais do(a) cuidador(a) da criança

|_|_|_|

Perm_ID do cuidador

Se não aplicável coloque 88 nos primeiros 3 campos

|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|

Idade do cuidador

|_|_|

88 = Não sabe

Sexo do cuidador

|_|

1 = Masculino; 2 = Feminino

Relação de parentesco do cuidador com a criança

|_|_|

1=Mãe; 2=Pai; 3=Avô/ó; 4=Madrasta; 5=Irmão/a; 6=Tio/a 7=Cunhado/a; 8=Primo/a; 9=Sobrinho/a; 10=Empregada;

	11=Outro, especifique _____
Relação de parentesco do cuidador com o chefe	1=Próprio chefe; 2=Esposo/a; 3= Filho/a; 4= Irmão/a; 5=Pai; 6=mãe; 7= Nora; 8= Cunhado/a; 9= Tio/a; 10= Neto; 11= Enteado; 12= Adoptado; 13= Primo; 14= Sobrinho; 15=Não família; 16=Outro (especifique) _____
Estado Civil do/a cuidador/a	1=Solteiro (nunca casou nem viveu em união); 2=Casado/União-de-facto;3=Divorciado/Separado;4=Viúvo.
Local de nascimento do cuidador da criança?	1=Distrito da Manhica; 2= Província de Maputo; 3=Cidade de Maputo; 4= Cidade da Matola; 5=Gaza; 6=Inhambane; 7=Sofala; 8=Manica; 9=Tete; 10=Zambézia; 11=Nampula; 12=Cabo-Delgado; 13=Niassa, 14=RSA; 15=Swazilândia; 16=Outro país Africano; 17=Europa; 18=Ásia; 19=América; 20=Outro (especifique)_____ 88=Não sabe
Nível de escolaridade:	1=Ensino Primário 1º grau (1ª a 5ª classe) 2= Ensino Primário 2º a grau (6ª a 7ª classe) 3= Ensino Secundário (8ª 10ª a classe) 4=Ensino técnico profissional 5=Ensino pré-universitário (11ª a 12ª classe) 6= Frequência universitária 7=Curso superior 8=Sem educação escolar; 9=Alfabetização de adultos 10=Outros [Especificar] _____ 88=Não sabe
Qual é a religião do cuidador	1=Católica; 2=Protestantes; 3=Evangélicas;

	4=Outra Cristas; 5=Islâmica; 6=Hindus; 7=Zione/Sião; 8=Ateu; 9=Outro (especifique); _____ 88=não sabe
Em que língua aprendeu a falar? <i>Escreva a língua, para posterior codificação, segundo o INE</i>	_____
Qual é a ocupação principal do cuidador _ _	_ _ 1=Trabalhador de saúde/outra emprego formal; 2=Trabalho manual especializado; 3=Artesão/trabalhador manual não especializado 4=Camponês assalariado; 5=Pequeno agricultor (Subsistência); 6=comerciante 7=Trabalhador imigrante (RSA) 8=Pescador; 9=Estudante; 10=(Empregado Doméstico 11=Reformado/pensionista 12=Doméstico/desempregado; Outros [Especificar] _____
Quantos filhos vivos têm?	_ _
Quantas crianças de 0 a 5 anos de idade estão sob seu cuidado neste agregado?	_ _
Secção 4 (A ser respondida pelo cuidador da criança de 0 a 5 anos de idade)	
DADOS DA CRIANÇA DE 0 a 5 ANOS DE IDADE <i>Nota: As perguntas que se seguem serão respondidas pelo cuidador de criança de 0 a 5 anos de idade.</i> <i>→Preencha nesta secção os dados da criança seleccionada na secção anterior</i>	
Sexo da criança	1 = Masculino; 2 = Feminino _

Perm ID da criança (se aplicável) <i>Se não aplicável coloque 888 nos primeiros 3 campos</i>	
Idade da criança	Anos Meses 88 = Não sabe;
O comprovativo da data de nascimento?	1= Cartão amarelo de vacinas 2= Boletim de nascimento/cédula pessoal/certidão de nascimento 3= BI 4= Cartão do CISM (se aplicável) 7= Outro (especifique): _____
Local de nascimento?	1=Distrito da Manhica; 2= Província de Maputo; 3=Cidade de Maputo; 4= Cidade da Matola; 5=Gaza; 6=Inhambane; 7=Sofala; 8=Manica; 9=Tete; 10=Zambézia; 11=Nampula; 12=Cabo-Delgado; 13=Niasa; 14=RSA; 15=Swazilândia; 16=Outro país Africano; 17=Europa; 18=Ásia; 19=América; 20=Outro; 88=Não sabe
Local do parto da criança	1=Unidade sanitária 2=A caminho da US 3=Em casa 4=Na casa de matrona /parteira tradicional 5=Outro (Especifique) _____
Os pais biológicos desta criança estão vivos?	1=sim (ambos pais); 2=Apenas a mãe; 3=Apenas o pai; 4=Ambos falecidos; 88=Não sabe
Se SIM, a criança coabita com pai/mãe? <i>Se ambos pais são falecido, faça a pergunta seguinte</i>	1=Sim (ambos pais); 2=Apenas com o pai; 3=Apenas com a mãe; 4=Na (nenhum dos pais); 88=Não sabe
Grau de parentesco da criança com o chefe	1= Filho/a; 2= Neto/a; 3= Sobrinho/a; 4= Irmão/a; 5=Enteado/a; 6= Adoptado/a;

	7=Outro, especifique _____ 88=Não sabe
A onde a criança passa maior parte do dia durante os dias úteis da semana? <i>Se a resposta for diferente de 1 e 2, explique porquê?</i>	_ 1=Em casa; 2=Escolinha; 3=Casa de vizinhos; 4=Casa de familiares 5=Outro (especifique) _____ Explicação _____
A onde a criança (<i>nome</i>) passa maior parte do dia durante os fins-de-semanas? <i>Se a resposta for diferente de 1, explique porquê?</i>	_ 1=Em casa; 2=Casa de vizinhos; 3=Casa de familiares; Outros (especifique) _____ 54.1. Explicação _____ _____
A onde a criança (<i>nome</i>) passa as noites?	_ 1=Em Casa; 2=Casa de familiares; 3=Outro (especifique) _____

Secção 5

(A ser respondida pelas mães ou cuidadores de crianças menores de 5 anos)

INFORMAÇÃO SOBRE CRENÇAS E PRÁTICAS EM RELAÇÃO À MEDIDAS TRADICIONAIS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Nota: Agora passará a fazer perguntas relacionadas com

Percepções sobre doenças preveníveis em crianças de zero a 5 anos de idade

Quais são as doenças que mais afectam as crianças dos 0 a 5 anos de idade aqui na sua comunidade/bairro?

(Explore nomes em língua local)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Das doenças que mencionou quais as que podem ser prevenidas com recurso a medicina tradicional?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

No seu bairro/comunidade o que é se faz em geral / ou procuram cumprir para evitar que as crianças fiquem doentes?

Nota: Faça todas as perguntas abaixo 1= SIM 2=NÃO

- ☐ Cumprem com o tratamento tradicional
- ☐ Cumprem com orientação do hospital
- ☐ Evitam transgredir tabus
- ☐ Estilo de vida e dieta saudável
- ☐ Não se faz nada
- ☐ Não sabe
- ☐ Outros (especifique:) _____

Na sua comunidade (bairro, localidade) o

Nota: faça todas as perguntas abaixo 1= SIM 2=NÃO

que se faz tradicionalmente às crianças quando nascem para prevenir doenças?	☐ Rituais ☐ Ritual e medicamentos ☐ Medicamentos ☐ Orações ☐ Não fazem nada→61 ☐ Não sabe→62 ☐ Outros (especificar) _____
No seu bairro, quem costuma fazer rituais e métodos tradicionais?	<i>Nota: Faça todas as perguntas abaixo</i> 1= SIM 2=NÃO ☐ Curandeiro/a ☐ Idosos da família ☐ Idosos da comunidade ☐ Matrona ☐ Líder religioso ☐ Parteiras tradicionais ☐ Outros (especificar) _____
No seu bairro há crianças que não fazem este tratamento?	☐ 1=Sim 2=Não→62
Porque não o fazem?	☐ 1=Não sabem que tem se fazer 2=Não gostam 3= Não pertencem a esta tradição 4=Desprezam/não valorizam a tradição 5= Acreditam que a criança é pequena, 6= Acreditam que a criança é saudável 7= A religião não permite 8= Orientação do hospital

	8=Outros (especifique): _____
Na sua opinião, quais as vantagens de se fazer o tratamento?	_ _ 1=Criança cresce bem 2=A criança não chora muito 3= Evita doenças em geral 4=A criança quando cresce é obediente aos pais 5= Previne a doença da lua 7=Dá inteligência 8=Previne outras doenças _____ 10=Outros (especifique): _____ 88=Não sabe
Tem alguma consequência não seguir estes métodos?	_ 1=Sim 2=Não → Secção 6
O que pode acontecer a criança se não seguir métodos preventivos tradicionais?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
Secção 6 (A ser respondida por mães ou cuidadores de crianças de 0 a 5 anos) INFORMAÇÃO SOBRE O USO DE REMÉDIOS TRADICIONAIS <i>Nota: Agora passará a fazer perguntas relacionadas com</i> <i>Atitudes e Práticas em relação ao uso de remédios tradicionais de prevenção de doenças tendo como referência a criança seleccionada</i>	
O que faz à sua criança para mantê-la	<i>Nota: Faça todas as perguntas abaixo</i> 1= SIM 2=NÃO

saudável (não apanhar doenças)?	☐ Tratamento tradicional ☐ Abstinência sexual ☐ Obedece tabus alimentares (mãe) ☐ Obedece tabus alimentares (criança), ☐ Tratamento tradicional na mãe durante a gravidez ☐ Aleitamento materno exclusivo ☐ Cumpre programa de vacinação/peso ☐ Não faz nada ☐ Outros (especifique:) _____
Que doenças específicas procura evitar ao seguir a(s) prática(s) que acaba de mencionar?	<i>Nota: Escreva todas doenças que o participante disser</i> ☐ ☐ _____ _____ _____ _____ 88=Não sabe
Desde que a criança (nome) nasceu, fez	<i>Nota: Faça todas as perguntas abaixo</i> 1= SIM 2=NÃO ☐ =Algum Ritual tradicional? → Se SIM Passa para Perg 69 ☐ =Outro tipo de tratamento? → Se SIM Passa para Perg 73 ☐ =Nunca fez ritual nem qualquer outro tratamento → Faça Perg 68 ☐ =Não sabe
Se NÃO, quais as razões de não ter feito?	<i>Nota: Faça todas as perguntas abaixo</i> 1= SIM 2=NÃO ☐ Não é compatível com a religião ☐ Não faz parte da tradição ☐ Aconselhamento do Hospital ☐ A criança tem doença crónica ☐ Aconselhamento da família ☐ Medo dos efeitos secundários ☐ Não acredita no tratamento

Em que consistiu o tratamento (descrição) <i>Nota: Considere o tratamento mais recente que o participante fez</i>	<i>Nota: Escreva os procedimentos do ritual que participante mencionar</i> 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Por que razão procurou o tratamento?	<i>Nota: Escreva tudo o que o/a participante mencionar</i> 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Quem fez/prescreveu o tratamento?	_ 1= Curandeiro/PMT 2= Ervanária 3=Matrona 4= Sogra/idosa da família 5= Idosa da comunidade 6= Vendedor de medicamentos no mercado 7= Líder religioso/Profeta 8= Outros (especifique): _____
Quem lhe aconselhou a fazer o tratamento a (nome) criança?	_ 1=Mãe 2=Sogra 3=Amiga 4=Tia / 5= Madrinha 6=Avó 7=Colega/vizinha 8=Ninguém (Decisão própria) 9=Outros (especifica): _____

Quem foi o decisor principal, para seguir o tratamento?	☐ 1=O pai da criança 2=Avó materna 3=Avó paterna 4=A mãe/cuidador da criança 5=Tia 6=Vizinha 7=Outros (especifique): _____
Foi prescrito algum procedimento para passar a fazer em casa?	☐ 1=Sim 2=Não→Passa para Perg 82
Se SIM, o que te foi prescrito para fazer em casa?	<i>Nota: faça todas as perguntas abaixo</i> 1= SIM 2=NÃO ☐ Ritual ☐ Oração ☐ Medicamentos para tomar ☐ Medicamentos para untar ☐ Fumigação tradicional ☐ Banho/ e Bafo ☐ Amuletos ☐ Outros (especificar) _____
No caso de medicamentos para tomar, em que consistiu o medicamento?	<i>Nota: faça todas as perguntas abaixo</i> 1= SIM 2=NÃO ☐ Raízes fervidas na panelinha ☐ Folhas mergulhadas em água no caracol ☐ Pó para fumigação ☐ Banho ☐ Outros Especificar _____
Neste momento a sua criança está a tomar algum medicamento tradicional	☐ 1=Sim

	2=Não→Passa para Perg92
Se SIM, quais são os medicamentos que a criança toma?	Enumere os medicamentos que participante disser 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
Que doenças pretende prevenir com esta medicação?	Enumere as doenças que participante disser 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Quantas vezes por dia a criança toma o medicamento?	Nota: escreva o número de vezes que toma cada medicamento ___ Medicamento 1 ___ Medicamento 2 ___ Medicamento 3 ___ Outros (especifique): _____
Que quantidade de cada medicamento costuma dar a criança? <i>Preencha 1 nos espaços da primeira coluna (a vertical) se a criança tomou as quantidades de medicamento 1 apresentadas a esquerda e, 2 nos espaços da segunda coluna se a criança tomou as quantidades de medicamento 2 e faça o mesmo para medicamento 3</i>	1 2 3 ___ ___ ___ 1 colher de chá ___ ___ ___ 2 colheres de chá ___ ___ ___ 3+ colheres de chá ___ ___ ___ 1 chávena de café ___ ___ ___ ½ a 1 púcaro ___ ___ ___ Outros (especifique) _____
Conhece as plantas que compõem os medicamentos?	___

tomar o medicamento, explique porquê?	☐ Passou o tempo de acordo com recomendado pelo provedor ☐ Desistiu antes do tempo ☐ Efeitos adversos ☐ Conselho do hospital (enfermeira disse que não é compatível com TARV) ☐ Conselho de familiares ☐ Não confia no medicamento ☐ Indisponibilidade do provedor ☐ Orientações religiosas ☐ Outra medicação incompatível ☐ A criança já não precisa ☐ Outro (especifique) _____		
Alguma vez teve que interromper e retomar a dar o medicamento?	☐ 1=Sim 2=Não→94		
Se a resposta for SIM, explique porquê?	Nota: <i>faça todas as perguntas abaixo</i> 1= SIM 2=NÃO ☐ Efeitos adversos (criança chorar muito, morder os dentes) ☐ Conselho do hospital ☐ Conselho de familiares ☐ Não confia no medicamento ☐ Indisponibilidade do provedor ☐ Orientações religiosas ☐ Outra medicação incompatível ☐ A criança já não precisa ☐ Falta de condições financeiras ☐ Outro(especifique) _____		
Depois de quanto tempo de toma parou de dar o medicamento	Medicamento 1	anos Semanas	meses Dias

		_ _ Não sabe	
	Medicamento 2	_ _ anos	_ _ meses
		_ _ Semanas	_ _ Dias
	Medicamento 3	_ _ anos	_ _ meses
		_ _ Semanas	_ _ Dias
		_ _ Não sabe	
Estes métodos têm alguma inconveniência (algo que você não gosta ou não se sente bem em fazer)?	_ 1=Sim 2=Não →97		
Indique a inconveniência que tem	Escreva tudo que participante disser _____ _____ _____ _____		
Que aspectos podem ser feitos pelos provedores deste métodos para torná-lo menos inconveniente para si?	Escreva tudo que participante disser _____ _____ _____ _____ _____		
Sente-se segura que a criança está livre de todas as doenças após o tratamento feito?	_ 1=Sim 2= Não→199 3= Não totalmente→99		
Se SIM, explique porquê?	Nota: faça todas as perguntas abaixo 1= SIM 2=NÃO _ Tem um bom crescimento _ Não adoece sempre _ Quando adoece não fica debilitada _ Não chora muito e nem vira os olhos		

	☐ Outros (especifique): _____
Se NÃO, explique porquê?	☐ 1=Não está a crescer bem (fraca) 2=Fica sempre doente 3=O medicamento lhe faz mal 4=Outros (especifique): _____

Código de inquiridor	
Assinatura Inquiridor	Assinatura do Supervisor
_____	_____

praticayesno	Odds Rat	P-value	[95% C	Interval]
_la31cuid_a_2	0.357	0.226	0.067	1.890
_la31cuid_a_3	0.438	0.310	0.089	2.153
_lcuidador__2	0.942	0.825	0.555	1.599
_la34babysi_2	0.957	0.890	0.517	1.774
_la34babysi_3	2.433	0.027	1.104	5.362
_la34babysi_4	0.795	0.672	0.276	2.294
_la34babysi_5	1.307	0.715	0.310	5.516
_la33babysi_2	1.456	0.264	0.753	2.816
_la33babysi_3	0.578	0.312	0.199	1.673
_lcuidador_a2	1.096	0.749	0.625	1.923
_lcuidador_a3	0.743	0.450	0.343	1.606
_lcuidador_a4	0.681	0.248	0.355	1.307
_lcuidador_a5	0.264	0.197	0.035	2.001
_lrural_urb_2	1.619	0.072	0.957	2.737
_la38babysi_2	0.850	0.635	0.434	1.664
_la38babysi_3	1.019	0.944	0.602	1.725
_la38babysi_4	0.628	0.413	0.207	1.910
_lhhdsize2_2	0.930	0.754	0.588	1.469
_lhhdsize2_3	0.786	0.526	0.373	1.654
_la35babysi_2	0.829	0.603	0.409	1.682
_la35babysi_3	1.322	0.734	0.264	6.608
_la35babysi_4	0.705	0.476	0.270	1.844
_lhousing_s_2	0.971	0.898	0.616	1.530