

R824 MZ94

PROJECTO DE ABASTECIMENTO DE AGUA E SANEAMENTO NAS ZONA RURAIS
ESTALEIRO DISTRIAL DA AGUA RURAL/CUAMBA e MDCI

LIBRARY
INTERNATIONAL REFERENCE CENTER
FOR COMMUNITY WATER SUPPLY AND
SANITATION (IRC)

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS
NO AMBITO DE AGUA E SANEAMENTO
NOS ARREDORES DE CUAMBA

Relatório de pesquisa e estratégia de comunicação,
Annemarie Jurg

MAPUTO
18 DE JUNHO DE 1994

R 824-12148

PROJECTO DE ABASTECIMENTO DE AGUA E SANEAMENTO NAS ZONA RURAIS
ESTALEIRO DISTRIITAL DA AGUA RURAL/CUAMBA e MDCI

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS
NO AMBITO DE AGUA E SANEAMENTO
NOS ARREDORES DE CUAMBA

Relatório de pesquisa e estratégia de comunicação,
Annemarie Jurg

DRAFT

com o apoio de:

Amelia Araújo, Rosa Albino, Joaquim Benate, Santos Campêlo,
Célia Daniel, Julia M. Ibraimo, Magdalena Lucas, Jorge Ernesto
Milange, Beatriz Ricardo, Gabriel Mazula, Peter Macy (MCDI),
Gelita Vahetue (EDAR), Edward Green (GEMT) e Nicole Besançon
(PRONAR)

MAPUTO

18 DE JUNHO DE 1994

LIBRARY, INTERNATIONAL REFERENCE
CENTRE FOR COMMUNITY WATER SUPPLY
AND SANITATION (IRC)
P.O. Box 93190, 2509 AD The Hague
Tel. (070) 514911 ext. 141/142

ISBN 12148

LO: R824 MZ94

INDICE

Introdução

Objectivos

Metodologia

1. O diagnóstico rápido das necessidades
2. O estudo dos conhecimentos, atitudes e práticas
 - 2.1 Inquérito as famílias
 - 2.2 Entrevistas com os praticantes de medicina tradicional
 - 2.3 Enumeração das latrinas existentes
 - 2.4 Entrevistas com mães com menores de 0 a 5 anos e observações das práticas de defecação
 - 2.5 Avaliação dos dados recolhidos em conjunto

Análise e interpretação dos resultados

1. A comunidade
 - 1.1 Emergência ou desenvolvimento comunitário
 - 1.2 Autoridades políticas
 - 1.3 Os especialistas em cuidados de saúde tradicionais
 - 1.4 As organizações não-governamentais
 - 1.5 Os aldeões
2. Conceitos e práticas locais relacionados com água
 - 2.1 Fontes de abastecimento de água
 - 2.2 Recipientes de água
 - 2.3 Água própria para o consumo
 - 2.4 Tomar banho
 - 2.5 Lavagem das mãos
3. Conceitos e práticas locais relacionados com saneamento
 - 3.1 Latrinas existentes
 - 3.2 Práticas de defecação
 - 3.3 A atitude em relação a fezes e urina
4. Conceitos e práticas locais relacionadas com as doenças
 - 4.1 Doenças infantis mais comuns
 - 4.2 Diarreia infantil e desidratação
 - 4.3 Os cuidados para crianças com diarreia em casa
 - 4.4 As percepções sobre vias de transmissão de doenças
 - 4.5 Doenças da pele
5. O perfil ilustrativo de cada aldeia

Conclusões e recomendações

1. Resumo dos achados mais salientes
 - 1.1 A comunidade
 - 1.2 Uso e protecção das fontes de abastecimento de água
 - 1.3 Higiene de água e higiene do corpo
 - 1.4 O manejo das excretas humanas
 - 1.5 Higiene doméstica
 - 1.6 Conceitos e práticas tradicionais relacionadas com a diarreia infantil
2. Sugestões de possíveis objectos de estudo
3. Sugestões para uma estratégia de comunicação sobre saúde, água e saneamento
 - 3.1 O papel do animador na comunidade
 - 3.2 Selecção dos principais temas a ser discutidos com a comunidade
 - 3.3 Abordagens adequadas ao contexto local
 - 3.4 Indicadores para as mudanças de comportamento desejadas

Bibliografia

Anexos

1. Instrumentos de pesquisa
 - 1.1 Ficha do diagnóstico rápido das necessidades
 - 1.2 Ficha de investigação de família
 - 1.3 Guia para entrevistas em profundidade aos praticantes de medicina tradicional
 - 1.4 Ficha para aspectos da medicina tradicional
 - 1.5 Ficha de investigação de família 2
2. Os perfís ilustrativos das aldeias

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS
NO AMBITO DE ÁGUA E SANEAMENTO
NOS ARREDORES DE CUAMBA

RELATÓRIO FINAL, Maputo, 18 de Junho de 1994
Annemarie Jurg

Introdução

É reconhecido que o êxito ou falência de qualquer projecto de água e saneamento depende principalmente, senão totalmente, em garantir o envolvimento de uma determinada comunidade. É o componente essencial de qualquer projecto de água e saneamento. Em Moçambique esta responsabilidade cabe ao PEC, o programa de participação, educação e comunicação do programa nacional de água rural (PRONAR).

Idealmente, a comunidade será envolvida em todas as fases do projecto desde o princípio. Isto inclui a programação (a selecção das comunidades, membros de comité de água, animadores e a localização do poço), implementação (construção ou reabilitação), manejo (utilização, manutenção e contribuições monetárias) e melhor gestão de saúde (as mudanças de comportamento desejadas para reduzir ou prevenir doenças relacionadas com água e saneamento). Uma abordagem participativa, de base comunitária e culturalmente adequada pode garantir a sustentação das infra-estruturas sanitárias fornecidas e a sua utilização correcta a longo prazo. Uma abordagem como esta é muito diferente dos procedimentos altamente centralizados que têm caracterizado muitos projectos de água e saneamento em Moçambique até recentemente.

A nível da aldeia, dada a uma política governamental apenas recentemente abandonada, as estruturas e autoridades tradicionais, tais como o chefe ou régulo, o conselho de anciões ou outros conselheiros, bem como os praticantes de medicina tradicional no âmbito espiritual e de saúde nem sempre foram auscultados de uma forma sistemática. Assim era difícil obter o suporte dos líderes de opinião a nível local. Sobretudo, não se tomou em consideração os conceitos e práticas locais de saúde e higiene. Em todo o território de Moçambique pode-se encontrar ideias e práticas culturalmente específicas sobre a importância de água para beber ou para tomar banho em relação a bem-estar da pessoa. Estes conhecimentos locais influenciam as capacidades de uma determinada comunidade na manutenção de higiene e de saúde. Se estes conceitos e práticas tradicionais não são reconhecidos de uma ou outra forma, as mensagens de educação sanitária, embora correctas do ponto de vista biomédica, não são adequadas ao contexto socio-cultural.

O projecto de água e saneamento de MCD/I em colaboração com a Água Rural do distrito de Cuamba reconhece estes aspectos socio-

culturais e pretende desenvolver uma abordagem participativa, de base comunitária e culturalmente adequada. Neste relatório foram apresentados os resultados do estudo de conhecimentos, atitudes e práticas. Este estudo se realizou a nível das aldeias nos arredores de Cuamba na fase inicial do projecto.

Objectivos:

1. Determinar as carências sentidas pelas populações em termos de água (potável) e saneamento do meio
2. Explorar quais as pessoas numa determinada comunidade que dispoe duma autoridade real, quais os líderes de opiniao em materia de saúde que possam ser envolvidas no desenvolvimento de abastecimento de água e as melhorias sanitárias.
3. Obter dados básicos sobre a situação actual da água e saneamento para avaliar o impacto no fim do projecto
4. Explorar os conceitos e práticas locais relativos ao manejo de água, fezes e urina.
5. Explorar os conceitos e práticas tradicionais sobre doenças, em particular relativas, do ponto de vista biomédico, à qualidade ou quantidade de água e à eliminação não segura de fezes e urina.
5. Familiarizar os animadores e os outros membros da equipa com a vida e as condições na aldeia e criar um laço de trabalho entre a população e a equipa
6. Desenvolver na base das informações obtidas uma estratégia de intervenção participativa, de base comunitária e adequada ao contexto socio-cultural.

Metodologia:

1. O diagnóstico rápido das necessidades

O estudo CAP foi antecedido por um diagnóstico rápido das necessidades (DRN) em que se explorava a situação nas aldeias que potencialmente iam beneficiar dos servicos em termos do interesse por parte dos líderes comunitários, da existência de fontes de abastecimento de água e outras infra-estruturas, da presença de organizações não-governamentais e em termos mais quantitativos tais como o número de habitantes, a presença de muitos deslocados, os poços a serem reabilitados ou construídos. Este DRN devia ser realizado sob orientação da especialista IEC com a assistência de um cientista social. Por razões diversas, este DRN iniciado pelo cientista social, foi concluído pelo logístico do projecto sem nenhum apoio da especialista da IEC. Isto, por um lado, não impediu que fossem estabelecidos laços de trabalho positivos com as aldeias, por outro, a informação obtida na maioria das aldeias não foi elaborada em relatos pormenorizados. No entanto, tentou-se

incorporar algumas destas informações obtidas do DRN nos perfis ilustrativos de cada aldeia (ver anexo no. 2)

20 das 21 aldeias ou bairros da cidade de Cuamba foram visitados pelo menos uma vez (falta Mutetere). Durante estas visitas, houve sempre um encontro com o chefe da zona e um ou mais PMT. Em alguns casos, falou-se com o assessor do chefe e em Itatara falou-se apenas com dois elementos da administração local.

Houve uma selecção preliminar de 15 aldeias a ser abordadas no primeiro ano, na base dos seguintes critérios:

- acessibilidade (menos de uma hora de carro)
- sofrimento por parte de população (e.o. carência de água)
- interesse por parte da população (i.e dos autoridades locais)

Outros criterios que devem ser considerados para uma selecção definitiva posteriormente:

- reabilitação da infra-estrutura sanitária prevista
- percentagem alta de moradores permanentes, quer dizer poucos deslocados que pretendam voltar as suas zonas de origem
- capacidades de mobilização dos autoridades locais, comunidades religiosas ou movimentos não governamentais (mulheres, PMT, professores) numa determinada aldeia

Nas aldeias assim seleccionadas iniciou-se o estudo dos conhecimentos atitudes e práticas.

2. O estudo dos conhecimentos, atitudes e práticas

2.1 Inquérito às famílias

O cientista social e a especialista de IEC elaboraram uma ficha de investigação de família na base das FICHAS DE VISITA (PRONAR/PEC: 9-11) com perguntas semi-estruturadas sobre a presença de água, a sua utilização, manejo e conservação, além de observações directas relativas a higiene pessoal e domestico e outros aspectos que chamam a atenção do entrevistador/animador. Foram adicionadas algumas perguntas de fim aberto, sobre doenças no seio da família, sobre doenças diarreicas e sobre as doenças mais comuns no que diz respeito às crianças, às mulheres e aos homens. (Ver anexo no. 1.2)

Os entrevistadores foram os animadores novos após de terem sido treinados pela especialista de IEC. Em cada aldeia foram visitadas entre 10 a 16 famílias, em João, Mitucue e Mepika foram respectivamente visitados 20, 23 e 35 famílias. No total foram entrevistados 283 famílias em 18 aldeias ou bairros da cidade de

Cuamba. A amostragem foi feita na seguinte maneira: cada entrevistador escolhe um lar inicial no centro ou num canto da aldeia e depois continua caminhar na mesma direcção até encontrar a quarta casa. E, assim, succesivamente até completar todas as fichas (normalmente entre 6 ou 8 por animador, por dia). Foram apenas entrevistados adultos.

Em Fevereiro de 1994 fez-se uma análise preliminar das fichas do inquérito feito pelos animadores. A informação que consta nas fichas é ainda bastante superficial, algumas respostas não foram elaboradas em muito pormenor. Além disto constatou-se que algumas perguntas (sendo no. I.3-4, I.10-11, I.14-16, I.21-24, II.2-5, II.9-11, III observações adicionais), são difíceis para responder em muito pormenor se não for um animador com um nível de instrução maior e com muita experiência.

no. I.3-4, I.10-11, I.14-16

juntar estas perguntas de forma a tentar abordar toda a questão de fontes de de abastecimento de água pertinentes para esta família (rio perto/longe; poço Água RURAL, poços tradicionais; nascentes; tempo seco/tempo chuvoso ?) e com que fim estas fontes estão a ser utilizadas (para beber, tomar banho, lavar roupa, lavar pratos, criação, regadio) e quantas vezes por dia/semana.

no. I.21-24

Se houver um novo sítio para ir buscar água para beber na zona, qual é o lugar da sua preferência ?

Quais seriam as vantagens ou desvantagens para si ou para a vizinhança (mais perto/longe do sítio usual; mais/menos salubre; mais/menos limpa; mais/menos doenças; mais/menos fresca; necessidade de contribuir na construção, limpeza e manutenção, em termos monetários e mão de obra)

no. III. observações adicionais

Tenta observar mais pormenores que acha oportuno e descreve-os no espaço no papel que restou. Descreve-os logo depois da visita para não esquecer-se.

Fez-se uma revisão de algumas perguntas, que estão no questionário, de modo a fazer os primeiros passos, para que os animadores se acostumassem a entrevistar as pessoas, na base de certos temas e não apenas sob regime de um questionário, que deve ser preenchido rigorosamente. Decidiu-se que as outras perguntas a serem modificadas (II.2-5, II.9-11) fossem utilizadas nas entrevistas em profundidade com os PMT para não exigir demais dos animadores.

2.2 Entrevistas com os praticantes de medicina tradicional (PMT)

Houve algumas entrevistas com os PMT orientados pelo Sr. Gabriel, na altura do DRN sobre as doenças mais comuns.

A especialista de IEC não fez entrevistas individuais em profundidade com os líderes de opinião em matéria de saúde e educação (por exemplo; os curandeiros, mulheres que assistem aos partos, orientadores de ritos de iniciação), embora se tinha combinado que ela fãria pelo menos 5 em colaboração com os animadores mais preparados e com uma certa inclinação para aspectos tradicionais (o Sr. Joaquim, filho de um régulo e a Dona Rosa, participante em ritos de iniciação). Estas entrevistas seriam antecidadas por um encontro com o responsável da AMETRAMO em Cuamba. Foi elaborado, para este fim, um guião de temas (ver anexo no. 1.3) na base das perguntas de carácter etnomédico modificadas na ficha de investigação de família (ver o quadro na página seguinte). Em duas sessões, com respectivamente 12 e a volta de 25 PMT em Lúrio e Nampacala sob orientação da autora em Fevereiro de 1994 este guiaio de temas, foi utilizado pela primeira vez. Mais recentemente, em Maio de 1994 a autora fez entrevistas em profundidade com 5 PMT seguindo este guiaio. Além disto houve dois encontros com responsáveis da AMETRAMO em Cuamba. O primeiro encontro foi com o presidente e uma PMT, membro da direcção e o outro foi com mais 10 membros da direcção.

no. II.2-5

Quais são as doenças infantís mais comuns aqui ?
Quais são as doenças diarreicas que conhece ? Tentar aprofundar todos os tipos, as suas causas, os seus tratamentos (na medicina tradicional e na saúde, qual é mais eficaz) e as medidas preventivas.

no. II.9-11

Já que nas respostas a ficha de investigação de família se tinha encontrado muitas vezes que as doenças não são provocadas pela água, antes pelo contrário a água lava o corpo, procurou-se saber quais as vias de contaminação que os PMT reconhecem.

Quais as doenças provocadas:

por comida
por ares, cheiros
por leite do peito
pelo sangue
por relações sexuais (com quem ?)
por insectos ou outros animais
por calor ou frio
por inveja
e talvez, por ultimo, por água não limpa

Em vez disto, a especialista de IEC, por um lado, simplificou o guiaio de temas reduzindo o número de perguntas a 4, por outro lado, incluiu além de doenças de crianças mais comuns outras categorias de doenças (ver anexo no. 1.4). As entrevistas, na base deste guiaio, foram orientados pelos animadores. Cada animador entrevistou 1 PMT. No total houve 9 entrevistas que podiam ser analisadas.

3. Enumeração das latrinas existentes

Além disto, tentou-se enumerar as latrinas em condições razoáveis. Em algumas aldeias, tais como Mitucue e Nampacala, fez-se um levantamento, de porta a porta, para constatar a presença ou não de uma latrina e a sua utilização, mas nem sempre cobriram toda a aldeia. As vezes foram informar-se junto ao régulo, sobre o número de latrinas existentes. Sem uma amostragem apropriada, estes números não podem ser considerados como informações de base muito certas. É impossível fazer uma comparação entre as latrinas agora presentes e as latrinas a ser construídas, nos próximos dois anos na base destes dados. Para ultrapassar esta situação, não desejada, fez-se as seguintes sugestões em Fevereiro de 1994:

Uma amostra de 100 casas por aldeia, em que o número e o estado das latrinas serão avaliados na base de alguns critérios a ser estabelecidos por Dra. Amelia e pelo especialista do INDER (em uso, sem tampinha, com tampinha etc.). Assim será possível voltar às mesmas casas daqui a um ano para fazer um segundo levantamento. Na altura do curso do INDER, pode-se acertar a metodologia com o especialista do INDER. Sugere-se, que essa actividade seja incluída no curso ou seja realizada, logo depois do curso pelos animadores.

Tentou-se fazer, de novo, um levantamento das latrinas existentes na base duma ficha elaborada pela especialista de IEC. No entanto, segundo a especialista de IEC, os animadores não conseguiram preencher esta ficha de uma forma satisfatória¹. Os dados não estão incluídos neste relatório.

No entanto, foi possível extrair, das observações directas nas casas das famílias entrevistadas para cada aldeia ou bairro, o número e a percentagem de famílias que possuem uma latrina.

4. Entrevistas com mães com menores de 0 a 5 anos e observações das práticas de defecação

Mais 105 entrevistas foram realizadas pelos animadores nos finais de Maio de 1994, nas aldeias onde já se tinha iniciado a escavação dos poços. Visitou-se as casas onde crianças menores de 0 a 5 anos estavam a brincar no quintal. A entrevista consistiu em perguntas à mãe ou às vezes à avó, sobre o manejo de crianças com diarreia em casa e sobre o momento em que costumam lavar as mãos. Estavam incluídas, também, algumas observações directas (ver anexo no. 1.5).

Além disto pediu-se aos animadores para ficar muito atentos durante os três dias que se permaneceu na aldeia, de modo a conseguir observar casos em que crianças estavam a fazer as suas necessidades. No total foram observados 4 casos.

5. Avaliação dos dados recolhidos em conjunto

Por razões diversas, não se realizou o DNR e o estudo CAP em boa coordenação. No entanto, para atingir o objectivo relacionado com

¹ As fichas preenchidas pelos animadores a especialista de IEC não quis mostrar. Portanto não estão incluídos neste relatório.

a familiarização de todos os membros da equipa em geral e dos animadores em particular com a vida e as condições na aldeia, é preciso que todos os membros da equipa obtivessem uma imagem mais completa possível daquilo que se passava em cada aldeia. É de salientar que se trata, essencialmente, de um processo de acumulação de informação. Esta base de informação deve ser compartilhada com todas as pessoas envolvidas (quer dizer também com a população numa fase mais adiante). Para conseguir isto foi necessário juntar e avaliar em conjunto os dados recolhidos durante o DNR e durante o estudo CAP. Pormenores, que não foram elaborados nas fichas, podem ser acrescentados, bem como as observações de carácter mais subjectivas (interesse por parte dos líderes locais, por parte dos moradores, sofrimento) e as experiências pessoais e profissionais de cada membro da equipa. Assim a contribuição de cada membro será valorizada e cada membro verá o produto dos seus esforços.

Para encorajar este trabalho em equipa, organizou-se duas sessões colectivas (nos dias 1 e 2 de Fevereiro), para avaliar os dados, até aquele momento recolhidos sob orientação da autora. Os dados assim compilados encontram-se nos perfís ilustrativos da cada aldeia (em anexo no. 2). As entrevistas às mães com menores de 0 a 5 anos também foram avaliadas, posteriormente, com todos os animadores.

Apresentação dos resultados

1. A comunidade

1.1 Emergência ou desenvolvimento comunitário

Como consequência da guerra e da seca nos anos passados, houve grandes afluxos populacionais para as zonas mais seguras. Em algumas aldeias a volta de Cuamba a taxa de deslocados é bastante elevada, outras aldeias foram quase abandonadas. As populações deslocadas são de diversas origens culturais, socio-económicas e educacionais. Este mosaico cultural, o factor de que a sua presença nestas zonas mais seguras, sempre era de carácter temporária e as péssimas condições da vida impossibilitaram em grande medida o desenvolvimento comunitário a nível das aldeias. Além disto, como consequência da situação de emergência que se tem vivida os últimos anos, houve sempre uma ajuda humanitária de Cruz Vermelha, do Programa da Emergência e das Calamidades Naturais, das agências doadoras. Inevitavelmente e, de facto sem querer, isto criou no seio das comunidades uma dependência de apoio externo.

É neste contexto que a organização MCDI em colaboração com a contraparte nacional, o Estaleiro Distrital de Água Rural, quer implementar um programa de desenvolvimento de abastecimento de água e de melhorias sanitárias que se baseia nos princípios de participação comunitária, auto-assistência e abordagens tomando como ponto de referência e de partida os conceitos e práticas existentes.

Assim é de fácil compreensão que não se tenham iniciado actividades em aldeias onde existia uma perspectiva de que as famílias deslocadas iam voltar para as suas zonas de origem.

1.2 Autoridades políticas

É de salientar que se está numa fase de transição de poder em Moçambique. Apenas recentemente, as autoridades governamentais reconhecem oficialmente que a nível de uma aldeia sempre existia líderes com uma certa legitimidade tradicional. São estes líderes comunitários que o projecto quer atingir em particular.

Formalmente não existe nenhuma ligação entre as estruturas de poder do estado e a autoridade da sociedade africana local. Entretanto em muitas áreas do país houve uma certa coabitação entre as duas autoridades. Hoje a política é de não hostilidade e boa vizinhança entre a do estado e da sociedade africana local, mas ainda não se definiu em que bases será realizada algum tipo de integração, e muito menos se esta integração realmente terá lugar (Lundin 1992: 46-47). Isto significa que, a nível de uma aldeia se deve primeiro reconhecer e respeitar as diversas autoridades políticas existentes

(inclusive as de outros partidos políticos no futuro).

Embora desde o início do projecto houve vários contactos com os chefes das aldeias, *mwene* (em português denominado régulo) e os seus conselheiros não se procurou saber de mais detalhes no âmbito deste estudo sobre a organização e administração da aldeia 'tradicional' da sociedade Amakhuwa-interior, o maior grupo étnico nesta zona. A informação a seguir baseia-se em duas fontes sobre a cultura Makhuwa (Martinez 1989 e Machungos et al. (rascunho preliminar) 1994:15-23). Em que medida esta informação básica sobre a organização duma aldeia 'tradicional' reflecte a situação actual no distrito de Cuamba deve ser estudado em algum pormenor no futuro (ver o quadro na página seguinte).

Ao mesmo tempo, não se deve esquecer dos elementos que exercem uma certa função dentro do sistema da administração estatal. Constatou-se, por exemplo, que além do régulo, o chefe do posto administrativo da localidade de Lúrio, quando presente, deve ser informado sobre a visita a efectuar.

1.3 Os especialistas em cuidados tradicionais

Os praticantes de medicina tradicional (PMT) são outros líderes comunitários que devem ser considerados. Encontrou-se vários especialistas, dos quais os mais importantes são o *ahako* (adivinho), o *mukhulukano* (herbalista), o *majini* (o mediador dos espíritos), o *namuku* (o instrutor nos ritos de iniciação), o *brocheche* ou *cheheduni* (o adivinho/oráculo muçulmano) e a matrona (parteira tradicional)

As mulheres costumam ser adivinhas, *anahako*. Elas fazem o diagnóstico embora algumas dão também remédios. Os adivinhos costumam referir os seus clientes a outros PMT especializados em remédios para curar certas doenças ou em tirar espíritos. Os *akhulukano* são os indivíduos encarregados de administrar os remédios, são herbanários ou curandeiros propriamente ditos. A maioria é homem. Os especialistas que lidam com doenças provocadas pelos antepassados ou outros espíritos malevolentes são chamados *majini*. Tanto estes espíritos como eles próprios chamam-se *majini*. Pode ser homem ou mulher. Deve notar-se que, em muitas ocasiões, a mesma pessoa pode reunir as diversas funções. Entre elas se encontram também as mulheres que acompanham as mulheres grávidas. Não parecem ter um nome próprio em Makhuwa, chamam-se de matronas. Os *anamuku* são as pessoas que curam não somente com os remédios, mas também com os seus conselhos. Noutro contexto, exerce a função de instrutor nos ritos de passagem de iniciação. Há ainda os PMT que se baseiam principalmente no Alcorão, revelam as principais causas e procurar encontrar remédios através do oráculo (sementes, espelho, e textos no Alcorão).

A aldeia 'tradicional'

Os aglomerados 'tradicionais' organizavam-se, territorialmente, de acordo com a base económica e os laços consanguíneos. A unidade mais pequena era o *erukulu* (ventre) ou *ntchoko* (o território do *erukulu*, o lar). Esta unidade familiar é constituída por uma mãe linhageira, irmãs menores, irmãs casadas e filhos. O *ntchoko* não existia isoladamente, mas fazia parte de um conjunto destas unidades uterinas, denominado por *nloko*, conectadas fisicamente pelas suas machambas.

Todos os membros do *nloko* usam o mesmo apelido familiar, que deriva do antepassado fundador e transmite-se matrilinearmente. Na sociedade Makhuwa, apesar de a descendência ser transmitida pelas mulheres, as funções políticas, sociais e económicas são exercidas pelos homens de filiação, e não pelas mulheres. A nível da unidade familiar este homem é o irmão uterino mais velho da mãe, o tio materno, chamado *atata*. O conjunto de todos os *atata* tem um superior, que é o chefe da linhagem, denominado *nihimu* (no plural *mahimo*).

O chefe de um conjunto de linhagens que vivem numa determinada povoação é chamado *mwene*. Paralelamente ao chefe de uma povoação existe a figura da mulher mais importante, chamada *apwiyamwene*. Normalmente esta mulher não exerce directamente a autoridade, mas ela é uma conselheira, com papel de grande relevo na sociedade e nos ritos. Como medianeira entre os antepassados e a sociedade, e guardiã dos valores ancestrais do povo e garantia do futuro da sociedade. Geralmente é a irmã principal do *mwene*.

O *mwene* pode ter um conselho formado pelas seguintes pessoas:

- o grupo de chefes de linhagem, os *mahimu*
- o grupo de conselheiros, os *mapili*
- o grupo de anciãos, os *atokwene*
- o grupo de outras pessoas importantes, os *axulupale*

A *apwiyamwene* tem um conselho formado pelas:

- as anciãs das linhagens
- as instrutoras nos ritos de iniciação, as *anamuku*.

No distrito de Cuamba existe 3 regulados, o de Cuamba, o de Mathia e o de Metarica.

Fonte: Martinez 1989, Muchangos et al. 1994

A maioria dos PMT que foram entrevistados costuma adquirir os seus conhecimentos como consequência de recuperar de certas doenças, através de sonhos, embora alguns podem obter os seus conhecimentos dos seus bisavos, adivinho ou herbalista. Estes conhecimentos não costumavam compartilhar com outros PMT. Quase todos os PMT afirmaram que não tem aprendizes. Isto não é o caso para os PMT muçulmanos que de facto sempre aprendem um do outro.

Verificou-se durante a visita a Nampacala que em reuniões com um número elevado de PMT (pelo menos 20 PMT além dos outros que estavam presentes tais como o régulo, os seus conselheiros, o professor e toda a criançada a volta) eles não se expressam facilmente. A maioria foi homen, apareceram apenas 3 mulheres. No Lúrio foi mais fácil conversar abertamente. Estávamos sentados num lugar um pouco afastado (em frente da igreja católica) e o número dos PMT foi menor (12 PMT). A maioria foi mulher, e todos eles pareciam bastante velhas. A idade certa não sabiam dizer. Neste grupo houve 5 *anahako*. Houve duas mulheres que lidam mais com doenças de espíritos. Os outros foram *akhulukano*. Entre estes PMT havia várias especialidades, por exemplo houve só uma PMT considerada especialista em doenças para crianças. Um outro referiu que sabe tirar o veneno de mordeduras de serpentes. Uma PMT referiu possuir remédios para assegurar o entendimento entre o casal. Uma PMT trata problemas relacionados com o parto, tais como a demora, nados-mortos seguidos, dores depois do parto. Quase todos sabem tratar doenças de transmissão sexual, *etchokho* (pl. *itchokho*).

Em Agosto de 1992 teve lugar a conferência inaugurativa da Associação da Medicina Tradicional em Mocambique (AMETRAMO). Esta associação conseguiu em pouco tempo reunir milhares de membros. A nível do distrito de Cuamba, incluindo a cidade de Cuamba e os postos administrativos de Lurio e Itarara a AMETRAMO tem 362 membros. A sede se encontra em Cuamba. A comissão que dirige a associação a nível do distrito tem 20 membros e já está a funcionar desde 1991. O presidente é Enriques Mwala. Tem a perspectiva de reunir os membros para avaliar os conhecimentos de medicina tradicional bairro por bairro e aldeia por aldeia ainda este ano. Alguns dos seus membros participaram recentemente no curso de capacitação de parteiras tradicionais organizada pela DDS. Na reunião que tiveram com representantes do MCDI/ÁGUA RURAL expressaram o seu interesse para os conhecimentos dos mesmos sobre a prevenção de doenças relacionadas com água suja, fezes e urina.

1.4 As organizações não-governamentais

A nível do distrito de Cuamba as comunidades religiosas parecem ser as organizações comunitárias mais significativas nas aldeias. Em cada aldeia encontra-se pelo menos uma igreja crista e uma mesquita. Embora os dados exactos faltam, é evidente que os grupos religiosos reúnem numerosos membros da comunidade e não se dedicam apenas a actividades religiosas. As igrejas cristas costumam ter

indivíduos, chamados animadores de comunidade, que lidam com questões de desenvolvimento comunitário. É de salientar que a islamização da população é bastante elevada (aproximadamente 35 % no distrito de Maua, Martinez 1989:175). É lamentável que as diferenças entre as diversas religiões relacionadas com o papel na comunidade, a utilização de água e as práticas de defecação não foram abordados neste estudo. As igrejas crista tem uma missa aos domingos de manha, as mesquitas tem sessões diárias, mas a sessao principal e às sextas-feiras ao meio dia. É uma oportunidade para encontrar numerosas pessoas.

Além disto têm existido e surgem cada vez mais organizações não-governamentais, que defendem os interesses de uma certa camada de população (por exemplo, a organização da juventude mocambicana (OJM), a organização da mulher mocambicana (OMM), as associações de camponeses, enfermeiros, professores). Deve-se tomar em conta as capacidades de mobilização e sensibilização dos líderes destes movimentos populares.

1.5 Os aldeões

O tamanho médio de todas as famílias entrevistadas foi de 5 (2.9 - 8.2). Uma família costuma ser composta de um casal com alguns filhos. Encontrou-se em 10 a 20% dos casos famílias compostas de uma mãe e/ou uma filha (mulheres solteiras, separadas ou viúvas) com algumas crianças sob a sua responsabilidade.

Segundo as normas tradicionais o marido vai viver com a família das esposa. Só depois de nascer um ou mais filhos o casal podia fazer o seu próprio lar num outro sítio, muitas vezes perto da casa dos familiares da mulher. Apesar disto, o tio materno continuava a ser o individuo que exercia a autoridade familiar no seu grupo de parentesco. Isto significava que o tio materno tinha um papel decisivo sobre os filhos da sua irma.

Com as mudanças do tempo e as deslocações frequentes por causa da guerra isto não parece ser a situação que se vive neste momento nos arredores de Cuamba. Pelos vistos, muitos casais tem as suas casas próprias, em sítios, não dependendo da residência dos familiares da mulher. Parece que agora o marido tem um papel decisivo sobre os seus filhos.

Em termos de responsabilidades e tarefas principais pode-se dizer que a mulher faz quase tudo. Além de trabalhar quase diariamente na machamba, ela toma conta das crianças, procura a água e a lenha, faz a limpeza da casa, faz a cozinha. As raparigas desde criança devem apoiar a mãe. O homem esta mais envolvido em actividades de construção. Às vezes apoia com o trabalha na machamba, particularmente na altura de lavrar o campo. No tempo seco quando a água fica a grandes distâncias, mulheres de por exemplo Mepica, Silva ou Nampacala mencionaram que o homem às vezes apoiava em trazer água

para a casa.

As pessoas costumam cultivar milho, mapira, algodao, feijao entre outros. Aproveitam o tempo chuvosa para trabalhar nas machambas. Isto quer dizer que as pessoas entre Novembro e Marco estão muito (pre)-ocupados com as actividades agrícolas e não dispõem muito tempo para actividades adicionais tais como a construção de latrinas, poços, novas casas ou escolas. Será que os animadores exageraram quando disseram que a população pense assim: "tomar banho é perder tempo, só se lava a cara no tempo de chuvas"

Tabela no 1
Agricultura no distrito de Cuamba

Produto	Sementeira	Colheita
Arroz	Fevereiro-Março	Junho-Julho
Algodao		Maio-Junho
Milho	Novembro-Dezembro	Maio-Abril
Feijao	Fevereiro	Agosto
Mandioca	Sempre	Setembro
Mapira	Fevereiro	Agosto
Mechoeira	Fevereiro	Agosto

Fonte: MCDI/Água RURAL

As casas típicas que se encontram nas aldeias são feitas de materiais locais, de blocos de matope ou de pau-a-pique com um tecto de bambu e capim (canico). Costuma ter uma pequena veranda. Um pouco afastado da casa principal encontra-se um alpendre onde se cozinha. Costumam ter uma casa de banho num canto do quintal. Muitos possuem uma latrina feita de material local, não melhorada. A casa de banho e a latrina podem estar interligadas como não. Tem sempre uma monte de cinzas atrás da casa ou num canto do quintal. Um aterro sanitário propriamente dito não tem, às vezes aproveitam do buraco que ficou após tirar a lama e areia para fazer os blocos. Muitas vezes tem um celeiro para guardar a colheita de milho ou algodao. Tem criação no quintal, em particular galinhas, patos e suínos. Costuma-se varrer a veranda, a cozinha e o quintal de vez em quando.

Melhores oportunidades para entrar em contacto com homens, mulheres e crianças. O ponto de encontro mais fácil para mulheres e crianças é o poço (tradicional). Todos os dias vão buscar água as 5 ou 6 horas de manhã e a partir das 16 horas. Ficam a espera da sua vez, lavam a roupa ao pé do poço ou esperam pela água infiltrar. Este tempo aproveitam para trocar novidades entre elas. Outras oportunidades para encontrar mulheres é através das comunidades religiosas, através de encontros com os PMT, em

particular as *anahako*, parteiras tradicionais e *anamuku*, através de encontros com a *apwiyamwene* e as suas conselheiras, através de encontros com membros da OMM na aldeia, nas proximidades duma moagem ou dum posto de saúde.

As crianças encontram-se mais facilmente nas escolas primárias. Outras podem ser atingidas nos sítios onde costumam brincar. Os homens podem ser aproximados durante as obras, em encontros com os líderes comunitários e através das comunidades religiosas.

2. Conceitos e práticas locais relacionados com água

2.1 Fontes de abastecimento de água

A fonte principal de abastecimento de água a população nas aldeias no distrito de Cuamba são os poços não profundos cavados nas margens dos rios, riachos ou pantanos. Estes poços não estão protegidos de nenhuma forma. A maioria dos poços com uma bomba manual feitos pela Água Rural nas zonas mais próximas a cidade de Cuamba apresentam uma capacidade limitada. Esta população serve-se das facilidades que a cidade tem, aproveita a água do rio e dos poços tradicionais. Dois poços de Água Rural estão fora do uso por estar perto de um cemitério. Nesta zona a captação de águas de chuvas não é aproveitada.

A água tirada dos poços para levar para a casa é utilizada principalmente para o consumo, para cozinhar e lavar os pratos, para os homens tomarem banho e para dar banho aos menores. Na zona a volta do sítio onde se tira água costuma-se ver mulheres e crianças a tomar banho, lavar a roupa e lavar milho. Ao longo do rio em Cuamba as pessoas cultivam e regam com a água do rio. No Lúrio soube-se que no tempo seco o rio se divide em lagoas. Algumas destas ficam reservadas para tirar água para beber, cozinhar, lavar milho e lavar pratos, outras ficam reservadas para tomar banho e lavar roupa.

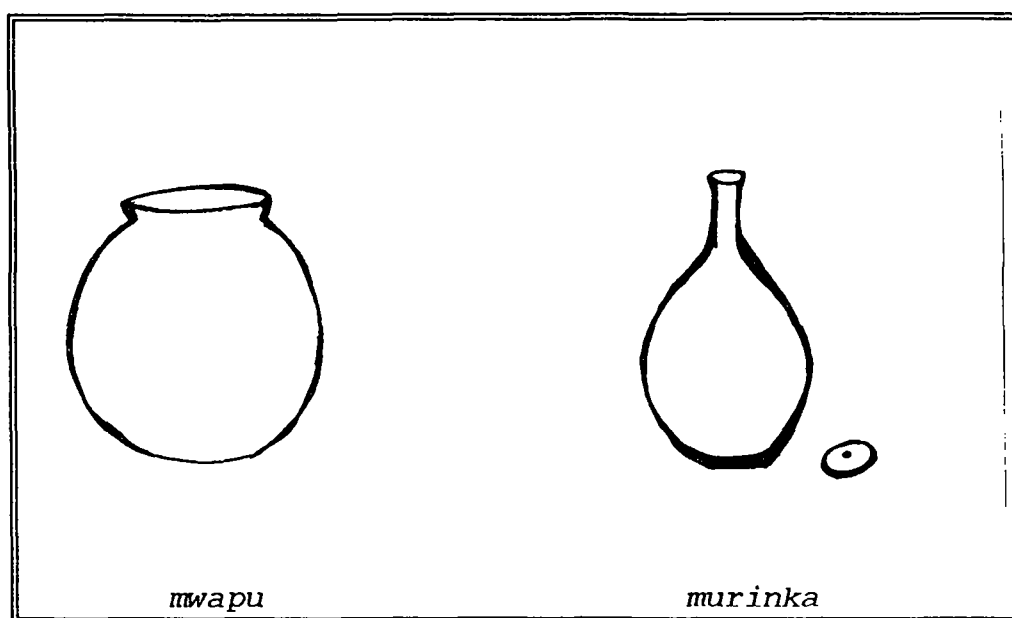
Neste estudo não se determinou com exactidão a quantidade de água que é utilizada por família. Não se determinou o tempo gasto pelas pessoas na busca de água. Não se procurou saber como as mulheres apreciam este tempo.

2.2 Recipientes de água

A água é tirada da fonte com uma cabaça, *ekahi*. Antes de encher o recipiente limpa-se com água a parte interior. Latas ou baldes de plástico de 20 litros ou mais são utilizadas para carregar a água para casa. Crianças carregam latas menores ou panelas de barro. Não levam tampas. Para não abanar muita água no caminho costuma-se colocar umas folhas ou a cabaça virada com a abertura para baixo na superfície da água.

Em casa a água é dividida pelos diferentes potes de barro ou *mwapu*. Cada *mwapu* tem o seu fim. Ha pelo menos um *mwapu* para água de consumo, ha um *mwapu* para servir a casa de banho, ha um ou mais *mwapu* para deixar o milho molhar. Um *mwapu* não costuma ser feito com a sua propria tampa. Se for tapada é com um prato, com a propria lata com que se foi buscar água ou com uma tampa de panela. O *mwapu* para água de consumo costuma estar na sombra na veranda ou na cozinha. A água fica sempre frescinha.

Figura no. 1: Recipientes de água de barro



O recipiente de água mais usado no distrito de Cuamba é o *mwapu*, um vaso de barro com uma abertura larga. Costuma se vender e comprar sem tampa. Ha tamanhos diferentes que podem conter entre de um litro a dezenas de litros. Os *mwapu* grandes que podem ser utilizado para conservar água de consumo, para fazer uma bebida caseira, *maheu* ou para molhar o milho chamam-se *ikhali*. Em cada aldeia encontra-se algumas mulheres que sao especializadas em fazer vasos de barro. Elas vendem. Uma estimativa dos precos varia de 2000 mts para os menores ate 30.000 mts para os vasos maiores.

No entanto, ha algumas pessoas, inclusive algumas das animadoras, que costumam utilizar para água de consumo um vaso com um gargalo mais alongado e um bico mais estreito. E mais comum na provincia de Nampula. Chama-se de *murinka*. O conteudo é de 1 a 1.5 litros apenas. Segundo as mesmas animadores costuma-se usar mais frequentemente tampas de barro, *mukunelo*, para tapar tanto os tipos de *mwapu* ali existentes como os *murinka*.

2.3 Água potável

A água para o consumo tem que ser limpa, o que quer dizer que com olho nu não se nota sujidade. Em Nampacala todas as pessoas consideram a água que tiram do poço tradicional sujo. A água esta turva e todas as pessoas pisam nela. Não é própria para beber nem para cozinhar ou para tomar banho, mas por carência de água devem utiliza-la. Em outros sítios água mesmo sendo salubre as pessoas tomam por falta de alternativas.

As populações das aldeias não conhecem nenhum processo de tratamento de água. Às vezes esperam que a água chega já tratada dos poços de Água Rural, do tanque dos padres, da rede em Cuamba. O único "tratamento" a que algumas pessoas se referiram foi o uso de uma tampa.

Nas aldeias quase ninguém conhece doenças que podem ser causadas por água não limpa, pelo contrário "a água lava o corpo" ou "nós não lavamos a água, a água lava a nós". Algumas pessoas mais informadas referem a problemas tais como diarreia e bilharziose. Alguns PMT explicaram que a guerra é um factor signficante na origem de doenças. A guerra resultou numa contaminação do ambiente, em particular a terra e assim a água esta contaminada.

2.3 Tomar banho

Os homens costumam tomar banho em casa. As mulheres tomam muitas dãs vezes banho no rio ou riacho mais perto. Segundo o inquérito a maioria das pessoas toma banho uma vez por dia. Segundo a opinião dos animadores isto é muito exagerado, na realidade toma-se apenas banho de três em três dias, ou às vezes de duas em duas semanas no tempo de frio. Só se toma banho quando sentir calor. Os menores tomam banho em casa. As crianças mais velhas brincam muito no pantano, riachos e rios e tomam banho ali.

As pessoas que tomam banho em casa costumam aquecer água para ficar morna. As pessoas costumam utilizar pedras meio lisas ou uma fruta seca como esponja, *munhenhere*, para tirar a sujidade da pele.

É frequente encontrar sítios nas margens do rios ou nos pantanos onde as mulheres e crianças alem de tomar banho, lavam roupa, lavam o milho e tiram água para utilizar em casa.

2.4 Lavagem das mãos

Perguntou-se as mães com menores "Quando é que lava as mãos?". E de salientar que esta pergunta serve apenas para ouvir as opiniões sobre os momentos em que as mães acham oportuno lavar as mãos, não se obtem informação sobre o actual comportamento.

Costuma-se lavar as mãos antes de comer. A maioria das aldeões não costumam usar talheres mas comem com as mãos. Embora não todas as pessoas pensaram em afirma-lo logo no momento da pergunta (por ser tao evidente) isto implica que as pessoas costumam lavar as mãos também depois de comer. Quase todas mencionaram lavar as mãos logo de manha depois de acordar. Algumas mães responderam espontaneamente que lavam as mãos antes de preparar a comida. Poucas referiram lavar as mãos depois de fazerem as necessidades ou depois de limpar o coco de uma criança. Na tabela seguinte apresenta-se os resultados obtidos em Chiponde:

Tabela no. 2
Quando as mães de menores de 0-5 anos costumam lavar as mãos

CHIPONDE	N=15
antes de comer	15
antes de preparar comida	5
depois de varrer o quintal	3
apos fazer as necessidades	2
depois de voltas da machamba	1

Nas outras aldeias surgiram algumas outras respostas tais como: a necessidade de lavar as mãos depois de ter lavado uma ferida ou depois de ter lavado uma pessoa falecida, apos maticar uma casa, para tirar o sangue de um animal morto. Em Nampacala as mães foram perguntadas se deveriam lavar as mãos apos de ter estado com uma pessoa doente. As mães negaram e estranharam-se sobre a ideia.

As pessoas costumam lavar as mãos com água simples. Uns poucos referem a utilização de sabao/sabonete, mas nas condições da vida actuais a grande maioria das pessoas não dispoem dos meios para compra-la. Uma barro de sabao custa actualmente 500 mts (US\$ 0.08). Não constumam usar outros meios para lavar as mãos. Apenas em Titimane se referiu em alguns casos a aplicação de pedras.

No entanto para lavar roupa as pessoas referiram-se a várias alternativas, principalmente raizes ou folhas de arvores ou arbustos. Aproveita-se da camada embaixo da casca para raspar ou pilar. Este po vegetal serve para fazer espuma. O cheiro não é muito agradável segundo os animadores e a pele das pessoas que foram lavar fica dura e seca. Para lavar os pratos costumam utilizar cinzas ou areia no caso de panelas. Para tomar banho a maioria das pessoas aplica apenas água simples, embora em Titimane as pessoas aplicam pedras ou esponjas. Em Joao as pessoas dizem que apenas usam água simples para efeitos de lavagem (ver tabela no.3).

Tabela no. 3
 Alternativas na falta de sabao
 (C=Chiponde;J=Joao;M=Maniwa;N=Nampacala;R=Rimbane;T=Titimane)

	C	J	M	N	R	T
aldeia no.mães entrevistadas	30	16	13	12	15	15
lavar roupa:						
raiz, planta do mato			1			4
<i>namukokolo</i>			1			
<i>namutekiwa</i>	11					
<i>nanipheru</i>	3					
<i>nakehi</i>	1					1
<i>ninkhanapha</i>	1					1
farelo	9		6	4		9
folhas de papaeira	2				1	4
cinza			1		1	
areia					1	
lavar pratos:						
cinza	11		6		1	14
<i>namukokole</i>			1			
farelo			1		1	
areia					2	1
<i>munhenhere</i>				2		
tomar banho:						
farelo				1		
pedra			1			13
<i>munhenhere</i>						3

- namutekiwa*: raiz duma arvore cuja camada interior a casca, se raspa ate ficar um po branco
nanipheru: idem
namukokole: folhas e raizes dum arbustro
nakehi: raiz dum arbustro
ninkhanapha: raiz e caule duma arvore, pila-se
munhenhere: fruta seca, tipo pepino, que serve de esponja ou escova

3. Conceitos e práticas locais relacionados com saneamento

3.1 Latrinas existentes

Segundo o ponto de vista dos animadores as pessoas costumavam defecar-se de qualquer maneira, no mato, em sítios mais ou menos escondidos e não tao longe dos sítios onde costumam tirar água dos poços tradicionais no pantano ou na mergam do rio. As pessoas levam

Tabela no. 4
Presença de latrinas domesticas

ALDEIA	N	no.	perc.
Adine	16	16	100%
Chiponde	41	29	72%
Cruzamento	15	11	72%
Joao	37	36	98%
Lurio	18	14	80%
Maniwa	26	18	70%
Matuane	23	23	100%
Mepica	35	26	70%
Minas	16	10	63%
Mitucue	23	11	45%
Mucuaba	15	10	67%
Mujawa	12	8	67%
Nacaca	15	12	80%
Nampacala	24	12	50%
Rimbane	12	11	92%
Silva	15	9	60%
Tetereane	15	7	45%
Titimane	17	13	78%
TODAS AS ALDEIAS	375	276	70%

N = número total das famílias entrevistadas

no. = número das famílias que possuem uma latrina

perc. = percentagem das famílias que possuem uma latrina

às vezes uma enxada para cavar num sítio e cobrir as suas necessidades maiores. No entanto após Independência houve uma campanha feita pelo governo para a construção de latrinas, que obrigava a construção de latrinas em particular nos arredores de cidades.

Todas as aldeias possuem latrinas. 70% das no total 375 famílias entrevistadas tem uma latrina no quintal. Esta percentagem atingiu mais de 90% das famílias entrevistadas em bairros de Cuamba e aldeias a pouca distância tais como Adine e Joao. Em aldeias mais afastadas como Nampacala ou com uma camada saibro como em Mitucue apenas cerca a metade das famílias entrevistadas tem uma latrina.

Em Nampacala, uma aldeia com 500 a 600 habitantes encontrou-se no total 99 latrinas de material local e 8 latrinas novas (melhoradas) (comunicação pessoal Peter Macy, Junho de 1994). Em Mitucue com 1326 habitantes encontrou-se por exemplo 230 latrinas. A percentagem de mulheres solteiras ou viúvas que possuem uma latrina é menos do que na população geral, apenas 56% das 32 famílias entrevistadas com apenas mulheres e crianças.

Todas essas latrinas são feitas de material local. Sempre se encontram num dos cantos do quintal atrás da casa. São vedadas com canico para garantir privacidade. Esta vedação costuma incluir uma casa de banho ao lado da latrina também. Não costumam ter uma cobertura. Metade das latrinas tem uma pedra ou um pedaço de madeira para tapar o buraco. Há latrinas destruídas pelas chuvas, outras não tiveram a sua conclusão devido a mudança de residência de seus donos para outras zonas em consequência de problemas de guerra. As mulheres solteiras ou viúvas sempre dizem que não possuem uma latrina pelas dificuldades na construção na ausência de um homem no lar.

3.2 Práticas de defecação

Parece que tanto homens como mulheres utilizam a mesma latrina para fazer as suas necessidades maiores. Um achado particularmente importante é que as pessoas fazem as suas necessidades menores na casa de banho. O sítio mais apropriado para tal é um canto da casa de banho onde a água utilizada para tomar banho passa para fora da vedação. O cheiro da xixi fica reduzido quando é diluído com a água. As pessoas receiam que a parte a volta do buraco fica molhado quando se faz xixi na latrina. Na sua opinião isto faz com que a cobertura mais facilmente se estraga e cai. Como consequência, a limpeza da latrina pode consistir apenas em varrer a volta do buraco e em por cinza na latrina. Deve-se procurar saber ainda se as mulheres ou homens costumam por uma nova camada de lama de vez em quando. Não se sabe se as pessoas tem talvez outros receios que prevêm-as utilizar a latrina (escuridão, contaminação) ou se tem quaisquer restrições no seu uso para pessoas doentes, mulheres menstruadas, idosos, pessoas de sexo, idade diferente etc.

No caso das igrejas, escolas e em particular mesquitas separa-se as

latrinas para os homens e os rapazes das latrinas para as mulheres e as raparigas.

Depende da idade da criança se utiliza a latrina e/ou a casa de banho. Os menores costumam fazer coco e xixi no quintal. Nestes ultimos casos, os irmãos, a mãe ou um outro adulto perto tiram as fezes com uma enxada e levam para a latrina. No caso de não ter levam para fora do quintal. Assim, na memoria das casas visitadas, foram encontrados restos de coco no quintal.

As pessoas costumam utilizar folhas, carocos de milho, paus ou pedrinhas para limpar-se. Os muçulmanos costumam utilizar água para este fim. Quando uma criança faz coco as mães ou os irmãos costumam limpar com um pano ou capulana (antiga) ou com folhas. Os animadores dizem ter visto uma vez ou outra crianças que simplesmente se arrastaram para limpar. Nos quatro casos observados em que uma criança fazia as suas necessidades na presença de um animador ninguem foi lavar as mãos depois de ter ajudado a criança.

Parece haver duas estratégias no caso de menores com diarreia. Algumas mães deixam a criança assim sem calções, outras fazem usar fraldas, panos ou capulanas antigas. Estas ultimas podem ser lavadas na casa de banho ou no rio. As fraldas sujas podem ser guardadas ate ao momento de ir lava-las na casa de banho, num sítio no quintal ou na veranda (embaixo do tecto).

3.3 Atitude em relação a fezes e urina

Ha algumas noções sobre o perigo de fezes e urina. Em conversas com alguns PMT no Lúrio surgiu que pisar na urina de uma outra pessoa pode trazer certas doenças. Outros pensam que não. No entanto, todos os PMT abordados sobre a questao se os defectos podem ser manipulados por alguém com intenções de enfeitar disseram que isto é muito possivel. No entanto, possuir uma latrina não prevem isto. Quando perguntado sobre a existência de algum remédio tradicional que inclui fezes humanas ou animais negaram decisivamente. As fezes das crianças menores não parecem ser considerados nocivas. As pessoas não gostam de pegar nelas, mas se acontecer uma vez ou outra, não traz quaisquer consequências.

A bilharziose, *eyoso*, é frequente no seio das famílias entrevistadas. Urina com sangue e dores quando se faz mixao sao percebidas como sinais duma doença. Segundo os PMT tanto *eyoso* como um problema de bexiga, chamado *wamirima*, pode ter estes sinais. Esta última doença tem como origem relações sexuais com uma mulher com a menstruação ainda não concluída, prejudicando assim o homem e a mulher.

No inquérito raras vezes se referiu as lombrigas nas fezes como sendo uma doença no seio da família. No entanto, nas entrevistas com os PMT descobriu-se que, do ponto de vista tradicional, as

lombrigas, *nhowa*, tem um outro significado. Segundo os PMT cada criança nasce com uma ou algumas destas lombrigas. Nem sempre provocam problemas de saúde. Se provocar algum problema, costumam ser dores de barriga, mordidelas na barriga, e vômitos. As *nhowa* permanecem durante toda a vida no corpo da pessoa (ver também 4.1).

Quando se falou dos problemas de saúde causados por pisar em urina os animadores referiram a um problema de comichão e eczema nos pés e entre os dedos do pé, chamado na língua local *mathawuthawu*.

4. Conceitos e práticas locais relacionadas com doenças

De modo a organizar a grande variedade de ideias e práticas relacionadas com doenças é necessário distinguir entre diversos sectores no âmbito de cuidados de saúde. Distingue-se o sector popular que consiste dos laigos ou não-profissionais. Uma doença é quase sempre reconhecida e tratada primeiro no seio da família. A auto-medicação é frequente. E de salientar que, no manejo de doenças a nível da família, se aplica frequentemente uma combinação de diversas tradições medicas.

Segundo o ponto de vista dos aldeões entrevistados as doenças mais comuns são problemas gastro-intestinais, uma doença tradicional chamada doença de cabeça, além de malária, constipação e tosse. No caso de adultos refere-se mais a doenças embaixo de umbigo, a menstruação e a um problema relacionado com os testículos chamado ernia, *ikhunhunhu*. Poucos aldeões conseguem explicar a origem ou causa destas doenças. As explicações mais frequentes variam do consumo de água suja, o vento, a mudança de temperatura ao feitiço familiar. Por exemplo, as causas das doenças diarreicas que foram mencionadas pelos aldeões são as seguintes:

- 1) o vento;
- 2) o nascer dos dentes;
- 3) com Deus;
- 4) os maús interros durante o tempo da guerra, que estão a contaminar agora a terra, os rios etc.
- 5) a retomada de relações sexuais entre os pais antes do período de 6 meses após o parto passar, leite do peito fica contaminado ("quente" ?)
- 7) má preparação de alimentos, má conservação de água ou comida;
- 8) moscas;
- 9) consumo de frutos verdes;
- 10) consumo de muitas mangas;
- 11) a monte

Para uma melhor compreensão dos conceitos e práticas tradicionais entrevistou-se 14 representantes dos cuidados de saúde tradicionais. Na base destas informações pode-se compor um perfil ilustrativo de cada doença e distinguir alguns conceitos mais

importantes para o seu diagnostico e terapia.

4.1 Doenças infantis comuns

Alem de uma serie de doenças diarreicas os PMT distinguem pelo menos 5 outras doenças, que frequentemente encomodam os menores. Sao *ithukhu*, *namussupissupi*, *nhowa*, *majini* e *murro mutokwene*.

Ithukhu (= borbulhas)

E uma doença que se manifesta por borbulhas. Quando estas borbulhas se viram para dentro da barriga a criança morre. As borbulhas aparecem apos por exemplo comer carne ou peixe que não coordena com o corpo da pessoa, por falta de higiene ou por feitiço. Se for o problema de consumir peixe ou carne, queima-se o mesmo tipo de peixe ou os ossos do mesmo tipo de carne e esfrega todo o corpo. Um outro tratamento consiste principalmente em tomar banho com a seiva duma determinada folha ou com as raizes da arvore *namutekiwa* utilizando *munhenhere*, uma esponja de origem vegetal.

Namussupissupi (= sarampo)

Distingue-se *ithukhu* de sarampo. No caso de sarampo ou *namussupissupi* as borbulhas sao pequeninas aquecendo o corpo e às vezes acompanhado de convulsões e diarreia. Uns dizem que *namussupissupi* simplesmente aparece enquanto outros dizem que vem por contaminação. Trata-se com raizes. Deve-se evitar sol senão desaparecem as borbulhas o que pode levar a morte da criança. Não se deve comer galinha.

Nhowa (= cobra, lombrigas)

Todas as pessoas ao nascer tem *nhowa*. Segundo uma PMT em Nampacala depende da pessoa quantas tem. Nem todas as *nhowa* encomodam. Ha *nhowa* mal comportadas e outras mais caladas. Podem fazer ruidos, fazer movimentos na barriga e subir o pescoco obrigando a pessoa a cuspir constantemente ate a fazer vomitos. *nhowa* pode morder a barriga mas não provocam necessariamente diarreia. Ha *nhowa* que fazem com que a criança fica com uma barriga grande. Pelas fezes muitas destas *nhowa* saiem do corpo. O problema de *nhowa* não tem uma causa especifica segundo os PMT, é de nascência. Pode ser tratado com raizes ou com folhas de papaeira.

Majini (= espiritos)

Este problema mental surge por razões de feitiço familiar. O comportamento que leva a suspeitar isto e chorar sozinho, ter vertigens, falar de qualquer maneira e, em particular, fugir de repente para o mato, para as montanhas ou para o rio no fundo. E de salientar que cada vez mais pessoas, adultos como crianças, sofrem disto. Segundo a PMT isto resulta dos frequentes emprestimos entre pessoas. Como consequência, o feitiço já não se limita ao seio familiar. Se demorar o tratamento tradicional a pessoa corre o

risco de enlouquecer. O tratamento consiste em tomar alguns remédios e banhos e dançar durante toda a noite, chamado *mirusi*.

Murro mutokwene (= dor de cabeça grande)

É uma doença tipicamente tradicional que se manifesta por dores de cabeça constantes, fraqueza, cansaço nas ligações. Não se limita a crianças. Às vezes parece malária mas não é. A pessoa só quer dormir. As explicações como se apanha esta doença variam de excesso de calor, mudança de temperatura, por pensar muito, por feitiço familiar. Nas entrevistas aos aldeões, alguns associam *murro mutokwene* a diarreia. Segundo alguns PMT o tratamento implica que se isola o doente dando-lhe alguns remédios. Após concluir um mês o tratamento é concluído com *mirusi*.

4.2 Diarreia infantil e desidratação

Mmirimani é o termo geral para indicar quaisquer dores de barriga, maldisposição ou problemas gastro-intestinais. A palavra em si refere a barriga. Com a palavra *mmirimani* refere-se também muitas vezes directamente a diarreia. Outro termo que refere a diarreia é *ovaluwa*. As fezes podem ser amareladas, tipo leite ou muito aguadas. Tanto *mmirimani* como *ovaluwa* pode ser acompanhado de vômitos, de sangue ou de pus. Outras manifestações são perda de apetite, dores nos intestinos, ruídos na barriga e mordidelas. A sensação que algo está a morder a barriga é frequentemente mencionado. (Isto tem algo a ver com a *nhowa*?). As causas mencionadas são diversas, incluindo o vento, feitiço, falta de boa alimentação e o crescimento da criança. *mmirimani* é quase sempre tratado com raízes ou folhas, tais como as de papeira ou de cajueira.

Um caso particular é *nipale* ou *mmirimani wanipale*. *nipale* é uma doença que só aparece em crianças e às vezes acompanhada por fezes líquidas amareladas. As principais manifestações tanto na mãe como na criança são borbulas na nariz e no pubis, além de fraqueza do corpo e às vezes olhos e palmas amarelados. A mãe contamina a criança já no útero ou através do leite do peito. O tratamento consiste em perfurar as borbulas e vacinar a mãe e a criança.

Uma outra doença grave até fatal de um bebé recém-nascido é *omutupha mwana*, o que significa 'saltar a criança'. Manifesta-se por fezes amareladas e com um mau cheiro de ovo. A causa desta doença diarreica é o transgresso duma norma a qual exige que os pais não retomem as relações sexuais antes de ter passado 6 meses após o parto (Como passa do pai ou mãe para a criança?). As pessoas mais precipitadas podem fazer um tratamento preventivo a mãe e ao bebé ou a ambos os pais e ao bebé. As pessoas às vezes demoram em procurar apoio porque têm vergonha. Sem tratamento a criança emagrece, enfraquece rapidamente, perde sangue, fica mal nutrida. O tratamento tradicional é melhor do que o tratamento moderno. Trata-se com raízes. Embora em muitos tratamentos de doenças diarreicas entra um pouco de sal em neste caso particular

é proibido assim como bananas.

Segundo os PMT, nas aldeias contactados na altura do DRN, a diarreia com sangue é um problema grande e é mais frequente do que anteriormente. É fatal. A causa é desconhecida. Outros referem aos efeitos poluidores da guerra. Um PMT em Cuamba refere a leite materno estragado.

Tabela no. 5
As percepções locais sobre as causas da diarreia infantil

Nome da doença	Manifestações principais	Causas
<i>mmirimani ovaluwa</i>	dores da barriga, ruidos e mordidelas, vomitos, fezes tipo leite, tipo água, com pus ou sangue	vento feitiço crescimento comida ma água suja
<i>nipale mmirimani wanipale</i>	borbulhas nas narinas e no pubis, fezes amareladas	leite materno estragado, contaminação no utero
<i>omutupha mwana</i>	fezes amareladas com mau cheiro de ovo, fraqueza, falta de sangue, emagrecimento, mã nutrida ²	os pais retomaram as relações sexuais antes de passar os 6 meses proscritos apos o parto
<i>mmirimani wa epome</i>	diarreia com sangue, fatal	água suja contaminação pela guerra
<i>ipoko</i>	inchaço do corpo, as veias tipo espuma, pele de um velho, às vezes com diarreia com pus ou sangue	não cumprimento do tempo de luto pelos pais água suja

No caso de *ipoko* a criança pode ter fezes liquidas com pus ou sangue, às vezes parece água. Mas isto não é sempre assim. Esta doença manifesta-se principalmente por inchaço do corpo da criança, as veias ficam tipo espuma e a pele parece de um velho. Esta doença

² No caso de *omutupa mwana*, no entanto, é proibido comer sal ou bananas segundo um PMT.

aparece quando os pais não cumprem com rigor o tempo de luto de um mes, quando morre um dos seus filhos. Os outros filhos correm o risco de adoecer de *ipoko* e falecer também. Os pais podem ser tratados com vacinas. O consumo de água suja é uma outra causa possível desta doença.

A fontanela ou *etchomela* é visto como um sinal de bem-estar ou maldisposição duma criança. Segundo um PMT a fontanela funda é um sinal do aparecimento dos primeiros dentes. O bebe sofre de dores e tem umas características bastante desagradáveis no rosto e na pele. Outros referem apenas a batimentos da fontanela e a uma fontanela que se levanta quando a criança esta com febres. Parece que eles desconhecem a relação entre a fontanela deprimida e a diarreia infantil. O tratamento é untar a fontanela com uma raiz queimada, com oleo da cozinha, com petroleo ou com *ekhama*.

O fenómeno de desidratação não parece ser conhecido como tal no seio dos PMT, embora eles reconheçam vários sintomas que podem estar relacionados com a desidratação, tais como pele de um velho, olhos fundos, fontanela que se baixa ou levanta e, fraqueza. Além disto, os PMT frequentemente referiram a falta de sangue, *wipelana*, sendo causado essencialmente por alimentação má. Manifesta-se por fraqueza e pouca vontade de comer, sintomas que também podem estar associados a desidratação. Outros falaram de enchaço do corpo, pés brancos e olhos amarelados. O tratamento consiste em tomar uma infusão de raízes e esfregar todo o corpo. É possível que os PMT confundam às vezes o que do ponto de vista biomédico é chamada 'falta de água' com 'falta de sangue'.

4.3 Os cuidados para crianças com diarreia em casa

As mães cujos filhos tem diarreia dispoem de alguns tratamentos caseiros, tais como infusões de folhas de papaeira, folhas de cacana, casca de cajueira ou folhas de guabeira. Outras aplicam cinza, espuma de sabao ou as raízes de *namukokolo*, *namutekiwa* (também usados para lavar roupa), *munamuluko*, *nanikito*, *nachilokoma*. Às vezes adicionam um pouco de sal. A maioria recorra a PMT e/ou a hospital. Em Nampacala a maioria das mães diz que não pode fazer nada, depende da sorte da criança. Às vezes recorrem a um curandeiro. O hospital fica longe demais. Uma mãe que chegou recentemente de Cuamba guardava um pacote de sais de reidratação oral em casa.

Muitas mães tem uma tendência para diminuir a quantidade de alimentos e liquidos. Em Maniwa, por exemplo, das treze mães entrevistadas nove dizem que dao menos comida, seis dao menos leite do peito e tres reduzem a quantidade de água. Em Joao as mães costumam prepara papas de farinha branca mais leve.

4.4 As percepções sobre as vias de transmissao de doenças

No inquérito a população quase todas pessoas acharam que as doenças não são provocadas por água não limpa. Procurou-se saber se as pessoas reconhecem outras vias de contaminação entre pessoas ou entre pessoas e animais. Quais as doenças provocadas por exemplo por comida, pelo vento (ou outros ares, cheiros), por leite do peito, pelo sangue (menstruação), por relações sexuais (e com quem), por insectos ou outros animais, por contacto, por excesso de calor ou frio (leite materno 'quente' ou pessoas 'quentes'), por fezes ou urina.

Segundo os PMT no Lúrio havia várias doenças que podem ser transmitidas duma mãe para a criança. Falou-se de *majini*, *nipale*, *etchokho*, *ikhunhunhu*, *eyoso*. Quando perguntado se o leite do peito tem haver qualquer coisa com isto os PMT deram o exemplo de *nipale*.

Majini ou espiritos é uma doença cuja origem é uma pessoa morte, um antepassado que se apropria duma pessoa viva. Aparentemente isto pode acontecer também entre a mãe e o filho. *Nipale* já foi mencionado anteriormente como um dos tipos de doenças diarreicas (ver 4.2). *Etchoko* ou *muzoro* é uma doença venerea, provavelmente gonorreia. Ha uma noção que a mãe pode contaminar o bebe. Outras doenças venereas mencionadas pelos PMT sao *mula* ou *mahomu* (inchaço entre as coxas), *etchisonono* (feridas na parte superficial do sexo, dores de epididimo). *Ikhunhunhu* é uma doença dos testiculos que entram para dentro, e dolorosa e mais frequente no tempo chuvoso e frio. É de origem familiar, atraves de relações sexuais ou por feitiço. Talvez é percebida como uma contaminação em utero.

Ephupu, tuberculose pode-se apanhar por compartilhar comida e ter relações sexuais. Quando perguntado sobre epilepsia negaram ter haver com alguma contaminação. No entanto, segundo Dona Gelita as pessoas não devem pegar na pessoa quando tem um ataque epiléptico. Doenças que vem através de ares são constipação, TB e dores de barriga. Um PMT explicou que pisar na úrina de alguém pode trazer consequências. Não há doenças que são transmitidas por sangue, segundo estes PMT. A carne de várias animais (ovelha, porco espinho entre outros e animais aquaticos tais como tartaruga e *makhatche*, um tipo de peixe barba) pode trazer doenças. O *kakado* (?) pode transmitir asma.

Deve-se ainda procurar saber como é percebido o papel do vento quando se diz que se apanha uma doença atraves do vento.

4.5 Doenças de pele

Já foi descrita *ithukhu* uma doença muito comun que se manifesta atraves de numerosas borbulhas. Outras doenças da pele de que se falou com os PMT sao sarna, *ovele* em Makhuwa, *tinha*, denominado *ovenga* e lepra, *maretha* ou *matana*.

Ovele, manifesta-se atraves de comichao e feridas principalmente

nas articulações. As causas que foram mencionadas foram através do vento, por contactos ou contaminação, por trocar roupa ou dormir juntos com uma pessoa que tem ou por não tomar banho. Não se sabe a que tipo de contactos ou contaminação os PMT referiram. O tratamento consiste em esfregar o corpo ou tomar banho com certas folhas ou raízes.

Ovenga manifesta-se por borbulhas na cabeça, comichão, perda de cabelo. Pode-se contrair esta doença através de carne ou peixe que não coordena com o corpo da pessoa, por falta de higiene, outros não sabem como se apanha tinha. O tratamento principal é esfregar a cabeça com raízes ou folhas.

Maretha manifesta-se por manchas em todo o corpo, o corpo fica pesado aparecendo feridas, os dedos se cortam. É de nascença, por herança ou vem por feitiço. Os remédios tradicionais consistem em esfregar o corpo e por papas nas feridas. Alguns PMT referem os doentes ao hospital.

5. O perfil ilustrativo de cada aldeia

O estudo CAP decorreu em 18 aldeias. Os dados de carácter essencialmente quantitativo, tais como o número de habitantes - segundo M. LeBlanc (1992)³ e dados não muito recentes da Água RURAL -, uma descrição das fontes de abastecimento de água, a presença de latrinas etc. foram resumidos por aldeia. O perfil ilustrativo também inclui os resultados do inquerito a população no que diz respeito a tamanho médio das famílias, a percentagem de mulheres solteiras ou viúvas, a percentagem das famílias que dispõe de uma latrina, o número de mulheres solteiras ou viúvas que não tem uma latrina a sua disposição, as doenças reportadas no seio da família. A quantidade de água utilizada por família não foi possível estimar na base das informações recolhidas pelos animadores. Não estava bem claro se a quantidade de água foi recolhida por um ou mais membros da família além de que se desconfiava na exactidão das respostas dadas. Este aspecto deve ser estudado posteriormente.

³ Marian LeBlanc with MSF (1992). Preliminar report on water and sanitation in Niassa province. Cuamba.

Conclusões e recomendações

1. O resumo dos achados mais salientes

1.1 A comunidade

E de salientar que as populações tem vivido os últimos anos uma situação de emergência. Houve grandes migrações populacionais pela insegurança nas suas zonas de origem e pela seca. A ajuda humanitária criou no seio das comunidades uma dependência de apoio externo. Isto significa que a explicação e discussão sobre os princípios de participação comunitária e auto-assistência com os líderes comunitários e a população em geral é fundamental para fazer ver aos aldeões qual é a diferença entre projectos de desenvolvimento e projectos de emergência.

Os líderes comunitários que parecem ter um papel significativo a nível das aldeias no distrito de Cuamba são os *manwene* e os seus conselheiros, as *apwiyamwene* e as suas conselheiras (o seu papel deve ser estudado em mais pormenor), em alguns casos os secretários, os diversos especialistas de medicina tradicional (pelo menos a metade dos PMT são do sexo feminino), as parteiras tradicionais em particular as que são recentemente capacitadas pelo DDS, os líderes religiosos, e os professores das escolas primárias.

1.2 Uso e protecção das fontes de abastecimento de água

A fonte principal de abastecimento de água para a população nas aldeias são os poços tradicionais não protegidos nas margens dos rios, riachos e nos pantanos. A água é utilizada por fins múltiplos na proximidade da fonte, tais como lavar roupa, lavar o milho e tomar banho. Apenas em Lurio encontrou-se uma iniciativa, pelo menos no tempo seco, para separar os lagoas com água para o consumo e para a cozinha dos lagoas para lavar roupa e tomar banho.

A água para a utilização em casa é quase sempre carregada pelas mulheres e crianças em latas e baldes não tampadas. No entanto, costumam colocar umas folhas, uma cabaca ou um copo na superfície.

A carência de água é mais sentida no tempo seco quando os poços tradicionais nos pantanos e nos riachos secam e as pessoas têm que caminhar distâncias grandes para encontrar água nos rios maiores. É a motivação principal para a construção de um poço. Geralmente desconhece-se a relação entre a quantidade e qualidade de água e a presença de certas doenças na comunidade.

As pessoas preferem cavar poços bem como latrinas no período entre as chuvas (muito lama, afluência de água, trabalho na machamba) e o tempo seco (solo muito duro) que inclui os meses de Março, Abril

e Maio. A vantagem de cavar os poços no tempo seco é que se pode verificar se a água permanece ou não.

1.3 Higiene de água e higiene do corpo

Nas casas a água é dividida pelos diversos *mwapus*, potes de barro de tamanho diverso com uma abertura bastante larga. Há um *mwapu* maior reservado para água de consumo. Não costumam tampar. Há uma cabaça própria, *ekahi*, ou copo com que tiram a água do *mwapu*. Não conhecem nenhum processo de tratamento de água.

No entanto, algumas pessoas possuem um vaso de barro com um gargalo mais alongado e um bico menor, denominado *murinka*. A vantagem deste tipo de vaso o risco de contaminação pelo ar é diminuído, além de que pode ser tapada mais facilmente. Quando quer utilizar a água pode pegar no pescoco e simplesmente deitar o líquido em vez de tirar a água com um *ekahi* ou copo. Uma desvantagem parece ser que este tipo de recipientes não podem conservar muita água numa vez. Cada aldeia sempre tem algumas mulheres especializadas na fabricação de vasos de barro. Recomenda-se que se identifica estas mulheres em cada aldeia para ver quais os tipos de vasos costumam produzir e se estão dispostas a produzir outros tipos de vasos bem como vasos com sempre levam as suas tampas.

Costuma-se lavar as mãos antes e depois de comer com água simples. As pessoas entrevistadas afirmam que tomam banho pelo menos uma vez por dia. Segundo os animadores este dado é exagerado demais. As populações rurais costumam utilizar pedras e uma fruta seca, tipo pepino, como esponja. Dos membros das famílias entrevistadas os maridos e as crianças pequenas tomam mais frequentemente banho em casa.

1.4 O manejo das excretas humanas

As pessoas costumavam defecar-se de qualquer maneira, no mato, em sítios mais ou menos escondidos. As pessoas levam às vezes uma enxada para cavar num sítio e cobrir as suas necessidades maiores.

É bastante encorajador que um número bastante elevado das famílias entrevistadas possui e utiliza uma latrina feita de material local. Menos feliz é que a latrina é usada apenas para as necessidades maiores. Um canto da casa de banho parece ser o sítio de preferência para fazer as necessidades menores.

As fezes das crianças menores costuma-se tirar com uma enxada para deitar fora do quintal ou, se estiver presente, na latrina. No caso de diarreia as mães deixam a criança assim mesmo ou fazem usar uma fraldas. As fezes das crianças não são vistas como nocivas.

Limpa-se principalmente com folhas e caroços de milho. Os muçulmanos sempre empregam água neste acto. Não se costumam lavar as mãos depois de defecar-se.

1.5 Higiene doméstica

A maioria das pessoas entrevistadas costumam varrer com uma certa regularidade as suas casas e quintais. Possuem sempre de um monte de cinzas para depositar e queimar o lixo doméstico. Não costumam ter um aterro sanitário.

Os animais normalmente circulam livremente dentro e fora do quintal.

1.6 Conceitos e práticas tradicionais relacionadas com a diarreia infantil

Encontrou-se pelo menos 5 doenças diarreicas localmente reconhecidas. As principais causas reconhecidas pelos PMT incluem o vento, feitiço familiar, comportamentos ilícitos por parte dos pais, o leite materno estragado e o consumo de água suja.

O fenómeno de desidratação em si é desconhecida, mas reconhece-se vários sinais de desidratação, tais como pele de um velho, veias fracas e fraqueza. Estes sinais são sempre associados a doenças graves que sem tratamento são fatais. Há uma noção que a fontanela é um sinal de má disposição de uma criança. Esta noção é mais frequente em relação a uma fontanela ou *etchomela* elevada ou uma fontanela que bate do que a uma fontanela deprimida. Parece que aquilo que os PMT chamam de *wipelana*, falta de sangue, é de facto às vezes o problema de desidratação, portanto falta de líquidos ou água.

As mães de menores com diarreia podem fazer usar fraldas como não. Dispõem de alguns remédios caseiros baseados em infusões de raízes ou folhas às vezes adicionando um pouco de sal. Não parece haver uma proibição tradicional de consumo de sal por bebés. Outros ingredientes que as mães às vezes aplicam são sabão e cinzas. Deve-se procurar saber a razão para qual. No entanto, a maioria das mães diz que não sabe fazer nada. A maioria das mães tende diminuir a quantidade de alimentos e líquidos, além disto o leite do peito é às vezes suspeito de fazer mal a criança. Num próximo estudo seria interessante quantificar os diversos aspectos do manejo de diarreia infantil em casa através de um inquérito às mães.

2. Sugestões de possíveis objectos de estudo

Apos análise de todos os dados recolhidos formal- e informalmente ficaram ainda algumas questões por serem resolvidas posteriormente. Por razões metodologicas e limitações em termos de tempo disponível não foram estudados outras questões de interesse. A seguir ha uma lista de aspectos que se recomenda para ser estudados no futuro.

1. Estimativa da quantidade de água utilizada por pessoa, por família nos arredores de Cuamba. O tempo gasto pelas mulheres na busca de água.
2. Os conceitos e práticas das pessoas muçulmanos relacionados com a higiene do corpo, a utilização de água, as práticas de defecação, as doenças etc..
3. A utilização das latrinas (práticas de defecação por sexo, idade, religião, ha restrições no seu uso, receios, quais as razões para não fazer as necessidades menores ali, percebe-se o perigo de fezes e urina etc.).
4. Dados de carácter mais quantitativo sobre as opiniões e práticas das mães de filhos pequenos no que diz respeito ao manejo de diarreia infantil e à desidratação (os tipos, as causas, os cuidados caseiros, os tratamentos tradicionais ou modernos etc.).
5. O higiene alimentar. Neste estudo não foram abordadas as práticas relacionadas com a lavagem, preparação, conservação e consumo de alimentos e a utilização e limpeza dos utensilios domesticos.
6. Formas e meios de comunicação localmente apreciados, tais como contar historias, canções, teatro, jogos locais, radio etc. Ha um casal em Lichinga que esta a experimentar com vários formas de comunicação no âmbito de educação sanitária a população.
7. A fabricagem dos recipientes de água pelas mulheres especializadas nisso nas aldeias.
8. Quais os conceitos existentes sobre pureza e poluição (quais os substâncias, objectos, excreções corporais, categorias de pessoas, circunstâncias consideradas sujos, poluidores, a serem evitados tanto mais possivel. Quais as vias de contaminação localmente reconhecidas, etc.).

3. Sugestões para uma estratégia de comunicação sobre saúde, água e saneamento

É de salientar que isto é apenas um primeiro esboço de uma estratégia de comunicação relativa a saúde, água e saneamento. Uma estratégia deste género tem muitos aspectos a serem considerados. Este esboço será discutido com os responsáveis a nível nacional para o componente PEC do programa nacional de abastecimento de água as zonas rurais. Alguns aspectos de fundo não foram levantados no presente relatório, embora não menos importante para uma estratégia a longo prazo, tais como o facto de um animador ser capaz ou não de levar a cabo todas as tarefas que lhe foram atribuídas, os critérios principais para recrutar animadores, o pagamento para a manutenção da bomba manual e a administração dos fundos para tal, visitas de supervisão após a inauguração oficial dos poços e latrinas.

3.1 O papel do animador na comunidade

No programa de abastecimento de água numa comunidade integrada, incluir-se a a combinação dos seguintes componentes:

- 1) Participação comunitária
- 2) Educação de higiene e de saúde
- 3) Assistência técnica
- 4) Gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros

Cada componente terá as suas actividades, trabalhadores, métodos de trabalho e horário. Para serem efectivos, os componentes precisam de ser integrados para que as suas actividades coincidam e se suportem mutuamente (Oxfam 1993: capítulo 5).

O animador é o indivíduo encarregado para assegurar a participação da comunidade, é o elo de ligação entre a comunidade e os sectores que fornecem assistência técnica ou os meios materiais, e por último é a pessoa que orienta as intervenções educativas.

Do plano de acção integrado no âmbito de abastecimento de água e melhorias sanitárias numa aldeia elaborado pelos responsáveis do MCDI e Água RURAL/CUAMBA de 3 e 6 de Junho pode-se deduzir as seguintes tarefas e responsabilidades a serem atribuídas ao animador⁴:

- 1) Mobilização para assegurar a participação comunitária
 1. criar o interesse para desenvolver a comunidade

⁴ Deve-se reflectir ainda sobre a questão se estas atribuições e responsabilidades, de facto, possam ser exigidas de um animador, por exemplo 1.3, 2.5.

2. explicar os objectivos e os principios de auto-assistência
 3. estabelecer e manter contacto com os líderes comunitários
 4. organização do labor manual
 5. manter contacto com os artesens da aldeia, tais como os pedreiros e carpinteiros, mulhere especializadas em fazer potes de barro.
 6. formação de um comite de água;
- 2) Educação de higiene e de saúde
1. recolha de informação continua sobre as crenças e práticas existentes
 2. troca de informação com líderes de opiniao em materia de saúde
 3. actividades de ensino/aprendizagem para determinados grupos alvos: população geral, mulheres, crianças, professores, membros do comite de água etc.
 - 1) a realização do teatro de mobilização e o debate
 - 2) realização do seminário dentro das aldeias.
 - 3) intervenções educativas sobre 3 temas
 - 4) distribuição de material educativo
 4. instrução do comite de água
 5. avaliação das mudanças de comportamento desejadas
- 3) Assistência tecnica
1. explicação e acompanhamento do labor manual relativo á latrina melhorada e ao poço
 2. explicação e acompanhamento das medidas de segurança
 3. elo de comunicação entre os aldeões e o sector de assistência tecnica
 4. montagem e desmontagem da bomba
 5. explicação da necessidade de conservar e manter o poço e a latrina
- 4) Gestao dos recursos humanos, materiais e financeiros
1. obedecer o horário de trabalho
 2. fornecer aos aldeões os instrumentos de trabalho que o projecto disponibiliza, encontrar soluções locais para as outras eventuais necessidades
 3. elo de ligação entre a aldeia e o projecto em termos de necessidades em instrumentos de trabalho, meios de transporte, moldes etc.
 4. organizar-se para permanecer alguns dias na aldeia

É de salientar que cada tarefa demande um contacto entre o animador e certos aldeões. Deve-se definir entao quem sao as pessoas mais indicadas para o animador contactar numa determinada situação.

3.2 Selecção dos principais temas a ser discutidos com a comunidade

Em primeiro lugar deve-se tomar em conta que tanto os animadores com um nível de instrução muito baixo como os aldeões tem uma capacidade restrita para respectivamente transmitir e absorver mensagens educativas. Portanto, o número das mensagens deve ser baixo, o conteúdo simples e a forma de apresentação deve atrair a atenção das pessoas. Contudo, as mesmas pessoas devem ter muitas possibilidades para por a mudança de comportamento desejada na prática no contexto em que vivem. Isto é mais provavel quando as mensagens e as mudanças de comportamento se baseiam em conceitos e práticas existentes.

Considerando o facto de o número de mensagens educativas serem baixas devia-se fazer uma escolha entre as mais de 10 mudanças de comportamento desejadas mencionadas no manual para os animadores (Água Rural/PEC, Provincia de Nampula 1994: IV.13-19), as aulas relativas ao perigo das excretas, a construção e utilização da latrina, a lavagem das mãos e ao perigo do lixo e a sua correcta eliminação mencionadas no manual de saneamento rural (Landolt 1992:34-40), e os 4 temas recomendados numa reuniao recente da OMS no âmbito de prevenção de doenças diarreicas (Boot and Cairncross 1993: 113), incluindo a eliminação segura das excretas humanas, lavagem das mãos, prevenção de contaminação de água e dar às crianças apenas alimentos recentemente preparados. Foram seleccionados na base dos achados mais salientes do presente estudo e as recomendações da OMS neste âmbito (comunicação pessoal, N.Besançon PRONAR/PEC) os seguintes três temas:

- 1) A eliminação segura dos dejectos humanos em particular das crianças menores e dos adultos que sofrem de diarreia.
- 2) Higiene do corpo, em particular lavagem das mãos antes de preparação de comida, antes de comer/alimentar e depois de fazer as necessidades e depois de limpar bebes ou infantes.
- 3) Protecção e conservação do poço. A prevenção de contaminação de água a partir da sua captação ate ao seu uso.

Isto quer dizer que as mensagens relativas a higiene doméstica, a higiene da comida e a prevenção de desidratação ficam excluidas ou devem ser promovidas por outras entidades, tais como o pessoal de saúde, parteiras tradicionais recentemente capacitadas, os APE's.

3.3 Abordagens adequadas ao contexto local

As abordagens para os temas relacionados com o abastecimento de água e as melhorias sanitárias não são as mesmas. O sistema de água abastecerá a comunidade. Será comunitariamente aceite e dirigida. O melhoramento sanitário será normalmente aplicado a nível da família.

Além disto, as abordagens devem se baseiar nos conceitos e práticas existentes. Para tal é essencial tentar identificar, reforçar, e adotar aspectos da vida diária local que favorecem a saúde das pessoas. Outro critério numa abordagem culturalmente sensível é deixar tais crenças e práticas que têm pouco ou nenhum impacto na saúde. Os aspectos que possam ter um impacto negativo são desencorajados, mas sempre que possível deve-se evitar entrar em choque com as crenças amplamente difundidas. Isto pode alienar os aldeões e torná-los menos dispostos a escutar as sugestões que se deseja promover, tal como por exemplo: a lavagem das mãos depois de fazer as suas necessidades.

Com os dados empíricos do presente estudo sobre os conceitos e práticas existentes, é possível adequar a estratégia de comunicação sobre saúde, água e saneamento às realidades das pessoas no distrito de Cuamba. A estratégia de fundo é tentar misturar o que se deseja introduzir com os conhecimentos, atitudes e práticas existentes na medida de possível sem comprometer os princípios científicos sobre a saúde. Em primeiro lugar é essencial virar a atenção para as áreas de interferência entre os conceitos locais e os conceitos biomedicos.

Considerando os achados da pesquisa relacionados com os cinco temas acima selecionados pode-se definir quais os aspectos a serem:

- 1) introduzidos ou promovidos
- 2) encorajados ou reforçados
- 3) deixados (mas respeitados)
- 4) desencorajados (sem entrar em choque com crenças amplamente difundidas)

A eliminação segura dos dejectos humanos em particular das crianças menores e dos adultos que sofrem de diarreia.

Considerando os seguintes achados de pesquisa:

1. Ha um número bastante elevado de latrinas tradicionais. A maioria destas latrinas junta-se a casa de banho, tem uma vedação feita de capim ou caniço, mas sem uma cobertura. A metade das latrinas não tem tampinha.

2. A latrina é usada apenas para as necessidades maiores. Um canto da casa de banho parece ser o sítio de preferência para fazer xixi. O motivo principal para tal parece ser o receio de molhar a terra a volta do buraco da latrina.
3. Limpa-se principalmente com folhas e caroços de milho. Os muçulmanos sempre empregam água neste acto.
4. Não se costumam lavar as mãos depois de defecar-se.
5. As fezes das crianças menores costuma-se tirar com uma enxada para deitar fora do quintal ou, se estiver presente, na latrina. As fezes das crianças não são vistas como nocivas, mas não gostam de pegar nelas com as mãos.
6. As mães de crianças com diarreia e vômitos parecem ter poucos conhecimentos sobre as medidas que possam ser tomadas em casa. Deixam a criança assim mesmo ou fazem usar uma fraldas. As fraldas são lavadas na casa de banho ou ao pé do poço (tradicional). Dispõem de alguns remédios caseiros baseados em infusões de raízes ou folhas às vezes adicionando um pouco de sal.
7. Os aldeões reconhecem pelo menos 5 doenças diarreicas, *mmirimani* ou *ovaluwa*, *nipale*, *omutupha mwana*, *mmirimani ni epome*, *ipoko*. As principais causas reconhecidas são o vento, o feitiço familiar, comportamentos ilícitos por parte dos pais, o leite materno estragado, menos vezes a água não própria para o consumo.
8. O fenómeno de desidratação em si é desconhecida, mas reconhece-se vários sinais de desidratação, tais como pele de um velho, veias fracas e fraqueza. Vômitos são atribuídos a perturbação por parte da *nhowa*. Referiu-se apenas raras vezes à fontanela deprimida ou aos olhos encovados.
9. A maioria das mães tende diminuir a quantidade de alimentos e líquidos, além disto o leite do peito é às vezes suspeito de fazer mal a criança.

Recomenda-se a seguinte estratégia para fazer adotar os aldeões medidas da eliminação das excretas humanas e manejo da diarreia infantil em casa mais apropriadas:

1. Encorajar a construção de latrinas independentemente do facto de serem tradicionais ou melhoradas. Explique as modificações que possam ser consideradas (tampinha com uma pega, tampa elevada em relação ao solo para que a água da chuva não entre na latrina, casota com cobertura grande para poder proteger as paredes da chuva, tampa feita de cimento ou de troncos e estacas que estendem mais de 20 cm sobre a cova, etc.)

2. Reforçar a noção sobre o perigo de fezes e urina referindo ao desgosto de pegar nelas, a inconveniência de pisar nelas, o facto de muitas pessoas sofrem de doenças tais como *eyoso*, *wamirima*, *mmirimani*, lombrigas etc. que têm como consequência urina ou fezes com sangue, pus, bichinhos etc., o perigo de serem enfeitiçadas quando deixar num sítio não protegido além do cheiro desagradável.
3. Embora seja vantajosa a construção de latrina junto a casa de banho no sentido de promover a lavagem das mãos depois de fazer as necessidades, neste caso particular deve-se considerar também o facto de a casa de banho tem sido utilizada para fazer xixi. Este costume é amplamente difundido. Para zonas onde se tem este hábito o INDER sugere construir um urinol num canto da latrina melhorada (os critérios técnicos serão descritos no novo manual a ser publicado ainda este ano). Deve-se reconsiderar este aspecto para as latrinas públicas já construídas nas diversas aldeias em particular as das escolas primárias.
4. Reforçar que a casa de banho sempre tem o seu *mwapu*, uma pedra ou uma escova vegetal *munhenhere* e, numa situação mais favorável, também um recipiente de cinzas.
5. Sempre quando se referir á diarreia infantil, discute todos os tipos localmente reconhecidos.
6. Reforçar a noção sobre o perigo de fezes e urina não so dos adultos mas também das crianças. Estimula o uso de fraldas em geral e em particular quando um menor tiver diarreia. Reforçar a ideia que as fezes das crianças devem ser tiradas do sítio onde foram fazer coco para deitar na latrina. Se não tiver uma latrina deve cavar e cobrir as necessidades e não apenas atirar fora do quintal.
7. Promover a lavagem das mãos com cinzas, pedra ou *munhenhere* sempre após ter limpado uma criança, em particular quando tiver diarreia.
8. Promover a continuação de dar alimentos e líquidos normalmente ou dar papas leves, água de arroz, chás, *maheu*, água própria para o consumo no caso de diarreia ou vómitos. Reforçar que as mães continuam a dar leite do peito. No caso de a causa percebida da diarreia infantil ser leite do peito estragado encoraja em vez de um desmame precoce fazer um tratamento tradicional á mãe e á criança para tirar a contaminação.

DIALOGO PARA A Saúde
MCDI/Água RURAL - Cuamba, Junho de 1994

A eliminação segura dos dejectos humanos
em particular de crianças menores e adultos com diarreia

introduzir	reforçar	deixar	desencorajar
a construção de latrinas melhoradas com um urinol num canto da latrina	a construção de latrinas e na ausência de latrina cavar/cobrir as excretas	o hábito de não fazer xixi no buraco da latrina	defecar no quintal, nos arredores da aldeia, perto de um poço (trad.)
	tapar buraco c/ tampinha com uma pega		deixar as fezes dum criança em qualquer parte
a ideia que as fezes das crianças são nocivas	organizar a latrina junto a casa de banho		
fazer usar fraldas aos menores	a noção que urina e fezes podem prejudicar o bem-estar, saúde	cada bebe nasce com uma ou mais <i>nhowa</i>	não lavar as fraldas ao pe de fontes de água
continuar dar alimentação, leite do peite durante a diarreia	causas de <i>mmirimani</i> tais como comida ma, água não propria para o consumo	a ideia que o leite materno <i>esregado</i> provoca <i>nipale</i>	desmame precoce
dar mais e frequentemente líquidos, como água de arroz, chá, <i>maheu</i> , água própria para o consumo	os sinais de desidratação localmente reconhecidos, problemas com a fontanela é um sinal dum doença grave	tratamentos ou cerimoniais tradicionais para os pais ou bebes	

Higiene do corpo, em particular lavagem das mãos antes de preparação de comida, antes de comer/alimentar e depois de fazer as necessidades e depois de limpar bebés ou infantes.

Considerando os seguintes achados de pesquisa:

1. Costuma-se lavar as mãos antes e depois de comer com água simples.
2. No entanto, para lavar pratos utilizam às vezes cinzas.
3. Para tomar banho costumam utilizar pedras meio lisas ou uma escova vegetal, *munhenhere*
4. Poucas pessoas sabem que devem lavar as mãos depois de fazer as suas necessidades ou depois de limpar uma criança que fez xixi ou coco.
5. Embora as mulheres dizem que sempre lidam com água, poucas sabem que antes de preparar a comida e alimentar uma criança é necessário lavar bem.
6. Sabão é fora de alcance para a maioria dos aldeões. Durante as entrevistas muitas pessoas apenas riam-se quando for abordada o tema de sabão.

Recomenda-se a seguinte estratégia para fazer adotar os aldeões lavagem das mãos:

1. Reforçar o hábito de lavar as mãos antes e depois de comer.
2. Promover que, enquanto todos os membros da família lavam as mãos antes de começar comer, a pessoa que faz a cozinha lava as mãos antes de iniciar com quaisquer preparações.
3. Promover a aplicação de cinza, pedra e *munhenhere* no acto de lavar as mãos.
4. Promover a ideia de lavar as mãos depois de fazer as necessidades reforçando as noções sobre o perigo de fezes e urina.
5. Não parece oportuno neste momento insistir que as pessoas utilizam sabão.

DIALOGO PARA A Saúde
MCDI/Água RURAL - Cuamba, Junho de 1994

Higiene do corpo, em particular lavagem das mãos

introduzir	reforçar	deixar	desencorajar
lavar as mãos c/ cinza, <i>munhenhere</i> ou pedra	lavar as mãos antes e depois de comer	nas condições de vida actuais não fala de sabão	fazer xixi no sítio onde se toma banho
lavar as mãos depois de fazer as necessidades	todos os membros da família tomam banho em casa		
lavar as mãos depois de limpar uma criança	noções sobre o perigo de fezes e urina		
a pessoa que prepara a comida lava as mãos antes de iniciar	tomar banho utilizando pedra ou <i>munhenhere</i>		
lavar as mãos antes de dar comida as crianças			

Protecção e conservação do poço. A prevenção de contaminação de água a partir da sua captação até ao seu uso.

Considerando os seguintes achados de pesquisa:

1. A fonte principal de abastecimento de água para a população nas aldeias são os poços tradicionais não protegidos nas margens dos rios, riachos e nos pantanos. A água é utilizada por fins múltiplos na proximidade da fonte, tais como lavar roupa inclusive fraldas, lavar o milho e tomar banho, regar as machambas pertas.
2. A carência de água é mais sentida no tempo seco. Diminuir as distâncias para encontrar água parece ser o motivo principal para a construção de um poço feito pela Agua Rural/MCDI.
3. A maioria dos aldeões desconhece-se a relação entre a quantidade e qualidade de água e a presença de certas doenças na comunidade.
4. A água para a utilização em casa é quase sempre carregada pelas mulheres e crianças em latas e baldes não cobertas.
5. Costumam colocar umas folhas, uma cabaça ou um copo para evitar a água abanar.
6. Nas casas a água é dividida pelos diversos *mwapus*. Há um *mwapu* maior reservado para água de consumo. A maioria das pessoas não costuma tapar ou pelo menos não sempre. Há uma cabaça própria, *ekahi*, ou copo com que tiram a água do *mwapu*.
7. Não conhecem nenhum processo de tratamento de água.
8. No entanto, algumas pessoas possuem um pote de barro com um pescoço mais alongado e um bico menor, denominado *murinka* para conservar a água de consumo.

É de salientar que os achados acima referidos mostram que os aldeões não têm nenhuma noção de que forma água pode ameaçar o bem-estar das pessoas, senão a sua carência no tempo seco. As mudanças de comportamento desejadas são bastante grandes além de ser numerosas. No entanto, o número de mensagens educativas não deve ultrapassar duas ou três no máximo. Sendo assim, recomenda-se experimentar com várias alternativas para fazer adotar os aldeões medidas de protecção e conservação de água mais apropriadas. Uma alternativa dá mais ênfase à quantidade de água enquanto a outra à qualidade. Deve-se avaliar com tempo quais as medidas que os aldeões mais facilmente integram na sua vida diária.

1. Uma alternativa pode consistir em enfatizar a protecção e conservação do novo poço. As suas vantagens em relação aos

poços tradicionais. Incentivar as pessoas para lavar as mãos, tomar banho, lavar a loiça, lavar a roupa e os lençois da cama mais frequentemente e com maiores quantidades de água.

2. Outra alternativa pode consistir em enfatizar em particular a prevenção de contaminação de água após a sua captação até ao uso. Encorajar a aplicação dos recipientes de água para um único fim. Encorajar a utilização de um recipiente particular para a água de consumo, que sempre deve ser tapado e situado num sítio menos movimentado da casa ou do quintal. Promover a fabricação, e como consequência, a venda de recipientes com tampas, tampas, outros modelos tal como o *murinka* entre as mulheres especializadas em cerâmica.
3. Promover o uso de água fervida para o consumo sempre quando tiver (crianças) doentes em casa. Reforçar a ideia que as doenças de pele podem ser provocadas por falta de higiene. Embora se deve respeitar as outras causas reconhecidas das diversas doenças diarreicas pode-se dar mais ênfase a ideia que água turva, em que pisam muitas pessoas, onde as pessoas costumam defecar pertinho, não é própria para o consumo e pode resultar em *mmirimani*, *ovaluwa*, *mmirimani ni epome*, *nhowa* (isto é dores de barriga, diarreia e vômitos).

DIALOGO PARA A Saúde
MCDI/Água RURAL - Cuamba, Junho de 1994

Proteção e conservação do poço. A prevenção de contaminação de água a partir da sua captação ate ao seu uso

introduzir	reforçar	deixar	desencorajar
uso de maiores quantidades de água e mais frequentemente	reservar o <i>mwapus</i> para apenas um fim		utilizar os poços não protegidos a margem do rio e nos riachos
tapar o <i>mwapu</i> de água de consumo	utilização de <i>murinka</i> para água de consumo		por folhas ou uma cabaça na superfície da água a ser transportada
a fabricagem de mais vasos de barro do tipo <i>murinka</i> e de vasos com tampas	a noção que existe água não própria para o consumo		
relação entre água contaminada e origem de doenças	a ideia que doenças de pele surgem por falta de higiene do corpo		
ferver ou filtrar água	a ideia que a causa de <i>mmirimani</i> com sangue é água contaminada		

Para cada tema deve ser definido o publico alvo, o material de apoio, as formas de comunicação mais apropriadas, as mensagens principais, as mudanças de comportamento desejadas. A seguir vem uma proposta, embora bastante ambiciosa, de uma lista das actividades educativas que possam ser realizadas pelo animador a nível duma comunidade durante um periodo de 6 semanas necessárias para a construção de latrinas publicas e um ou dois poços. (a ser elaborado pela especialista de IEC em mais pormenor)

ACTIVIDADES EDUCATIVAS

(forma de comunicação, tema, publico alvo, local de actuação)

As actividades educativas numa aldeia onde se constroi 1 ou 2 poços e várias latrinas públicas consistem em:

SESSÕES DE TEATRO e DEBATES (1 por poço a construir ou reabilitar)
tema: utilidade do poço e da latrina
população geral (ca. 200), no mutheko

SESSÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO DA LATRINA MELHORADA (1 por entidade)
tema: construção da latrina melhorada
líderes religiosos, crentes, professores e alunos, pedreiro e carpinteiro (2-4), nas diversas igrejas, mesquitas e escolas

SEMINÁRIOS E JOGOS DE SAÚDE (1 por poço)
tema: utilidade do poço e da latrina
população geral (ca. 200), no mutheko

ACOMPANHAMENTO DA CONSTRUÇÃO DO(S) POÇO(S) (diariamente)
tema: labor manual, segurança, obediência dos criterios tecnicos
pedreiro, carpinteiro, homens, líderes, membros comite de água
no local da escavação do poço

OFICINAS DE HIGIENE (pelo menos 1 vez/semana)
tema: higiene de água e lavagem das mãos
mulheres (20-25), no mutheko, nas igrejas e nas mesquitas

JOGOS (1 vez com cada turma)
tema: higiene de água e lavagem das mãos
alunos e professores, outras crianças que sabem ler (20), nas escolas e no sítios onde costumam brincar

SESSÕES DE TEATRO E GRUPOS DE DISCUSSAO (1 vez por semana)
tema: eliminação segura das fezes dos menores e manejo de diarreia infantil em casa
mães com menores 0-5 anos (20), no mutheko, nas igrejas e mesquitas

VISITAS AS LATRINAS PUBLICAS (pelo menos 1 vez por semana)
tema: eliminação segura das excretas humanas e construção da latrinas melhoradas
homens, mulheres, idosos (20), nas igrejas, mesquitas, e escolas

OFICINAS DE HIGIENE (pelo menos 1 vez com cada turma)
tema: utilização correcta da latrina e urinol
os grupos de alunos e professores (20-25), na escola

SESSÕES DE TEATRO E CARTAZES (1 vez por semana)
tema: protecção e conservação do poço, higiene de água
homens, mulheres (30-50), ao pé do poço novo ou do poço tradicional

SESSÕES DE FAZER DESENHOS (1 vez por semana)
tema: conservação do poço, higiene de água
crianças que costumam buscar água (20), ao pé do poço (tradicional)

1 ESTAGIO DE 5 DIAS DO COMITE DE ÁGUA
tema: reparação e manutenção do poço, (des)montagem da bomba,
administração dos fundos
membros do comite de água (4-6), no mutheko, ao pé do local de poço novo

1-2 INAUGURAÇÕES DO POÇO E LATRINAS
tema: utilização correcta dos poços e das latrinas
população geral (ca. 500), a volta do local do poço novo

3.4 Indicadores para as mudanças de comportamento desejadas

Entre outros, os que possam ser avaliados na base do presente estudo:

- o número de latrinas (melhoradas)
- a percentagem das latrinas munidas de tampinhas com pega
- o estado e a limpeza das latrinas
- a utilização correcta da latrina e urinol
- os conhecimentos sobre lavagem das mãos
- a utilização de fraldas pelos menores
- os fins para que o novo poço é utilizado
- a quantidade de água utilizada por família⁵
- a percentagem de recipientes de água com tampas
- a limpeza e a manutenção geral do poço

⁵ A quantidade actual utilizada por família deve ser determinada a curto prazo nas aldeias onde ainda não houve uma intervenção.

Bibliografia

Boot, M. and Cairncross, S. (1993). Actions speak. The study of hygiene behaviour in water and sanitation projects. The Hague: IRC.

Centro de Formação Profissional de Água e Saneamento (1993). Revolução no PEC. Água (11):21-25.

Davis, J., Garvey, G. with Wood, M. (1993). Developing and managing community water supplies. Oxfam Development Guidelines no.8. Oxford: The Alden Press (traduzido em português)

Green, E.C., Jurg, A. and Dgedge, A. (1994). The snake in the stomach: child diarrhea in central Mozambique. Medical Anthropology Quarterly 8(1): 4-24

Hall, D. and Adams, M. (1991). Water, sanitation, hygiene and health in the Qabane Valley, Lesotho: Sechaba Consultants.

IRC International Water and Sanitation centre (1992). On-Site Sanitation: building on local practice. Occasional Paper Series 16.

Isakson, K.L. (1993). Bairros peri-urbanos em Chimoio: uma pesquisa de C.A.P. sobre água, saúde e saneamento. Maputo: CARE e PAABP.

Jurg, A., Tomas, T., Dgedge, A. e Green, E.C. (1992). Crenças e práticas tradicionais relativas a diarreia infantil e as doenças de transmissão sexual na provincia de Manica. Maputo: MISAU, GEMT.

Landolt, F. (1992). Manual de saneamento rural. Maputo: DNA, PRONAR, MISAU, INPF/INDER, UNICEF, HELVETAS, FM LUTERANA.

Lundin, I. (1992). Um estudo socio-antropologico sobre alguns aspectos referentes ao projeto Namuno II, Maputo: Centro de Estudos Estrategicos e Internacionais.

Martinez, F.L. (1989). O povo Macua e a sua cultura. Lisboa: MINED, Instituto de Investigação Científica Tropical.

Muchangos, L. dos, Mazembe, A. e Yachan, A. (1994). Reassentamento (rascunho preliminar). Maputo: MINAG, Centro de Formação Agrária e Desenvolvimento Rural.

Muller, M. (1988). Increasing the effectiveness of a latrines programme. World Health Forum (9):345-351.

Programa Nacional de Água Rural (1994). Manual para o curso de animadores, Provincia de Nampula.

Simpson-Hebert, M. (1984). Water and sanitation: cultural considerations. In: Bourne, P.G. Water and sanitation: economical and sociological perspectives. Orlando, USA: Academic Press, p.173-198.

Anexos

1. Instrumentos de pesquisa

- 1.1 Ficha do diagnóstico rápido das necessidades
- 1.2 Ficha de investigação de família
- 1.3 Guia para entrevistas em profundidade aos praticantes de medicina tradicional
- 1.4 Ficha para aspectos da medicina tradicional
- 1.5 Ficha de investigação de família 2

2. Os perfis ilustrativos das aldeias

ANEXO NO. 1.1: FICHA DO DIAGNÓSTICO RÁPIDO DAS NECESSIDADES
(elaborado por E.C. Green, Dezembro de 1993)

DISTRITO _____ ALDEIA _____ Autor(es) _____ Data _____

Recursos de informação para este pesquisador:

1. Estime a população da Aldeia _____
2. A população da Aldeia é centralizado ou dispersada? _____?
3. Estime a distância de Cuamba ate esta aldeia em kilometros ou tempo para conduzir _____
4. Descreva condições de acesso (rodovias, etc.) ate a aldeia:
5. Há um telefone ou radio na aldeia? Sim____ Não____.
Se a resposta for sim, este número é _____esta localizado em _____.
6. Em termos de media de salário, é relativo a outras aldeias neste distrito e país, esta aldeia é (marque um):
muito pobre____ pobre____ regular____ melhor que regular____.
7. A Actividade economica principal é _____
8. Ha muitos deslocados nesta aldeia? Explique.
10. Ha junta administractiva e: ____bem activa ____activa ____pouco activa acerca de desenvolvimento? _____
12. Escolas: Primária: Sim____ Não____
Secundária: Sim____ Não____
Há um professor que vive na aldeia? Sim____ Não____
O professor envolve-se no desenvolvimento incluindo saúde ou água _____?

Ilustração Informativa de Saúde

13. Ha um centro (posto) de Saúde: Sim___ Não___?
Muitas pessoas utilizar: Sim_____ Não___?
Se a resposta por não, porque _____

Onde vai o povo por tratamento si não ha um centro de saúde?

A aldeia é visitada por: ___uma enfermeira ou uma Unidade de Saúde
Ambulante ___ Uma pessoa do centro de saúde da
comunidade _____ Outros(describe)_____?

14. Descreva em termos gerais as probemas de doenças nesta aldeia. Quales
doenças sao commum? (especialmente relaciondas com água, fezes,
moscas, comida...por ejemplo gastreenterite, parasitas, diarreia,
disenteria,etc.) que

Ilustração Informativa do Sistema de Água

15. A profundidade tipica entre a superficie e o lencol de água é
___metros

16. Sistema Predominante de Água

Sistema de Água Rudimentar: Sim___ Não___
Se a resposta for sim, esta funcionando_____
% de residentes servidos_____
váriações por estação de ano_____

Bombas de Água na Aldeia: Sim___ Não___
Se a resposta for sim, quantidade funcionando_____
quantidade que não esta funcionando_____
% de residentes servidos_____
váriações por estação de ano_____
distância aproximada da casa _____metros

Poços Abertos: Sim___ Não___
Se a resposta for sim, quatidade na aldeia_____
% de residentes servidos_____
váriações por estaca de ano_____
ditância aproximada da casa_____metros

Outros Recursos de Água?

Rios: Sim___ Não___ % de residentes servidos_____
distância aproximada da casa_____metros
Fontes: Sim___ Não___% de residentes servidos_____
VATs: Sim___ Não___% de residentes servidos_____
VATs: Sim___ Não___% de residentes servidos_____

Qual é o vantagens/desadvantages dum poço proteção

17. Para todos os Recursos de Água:

- a) Ha serios problemas de falta de água para:
seres humanos beberem Sim____ Não____
animais beberem Sim____ Não____
banho Sim____ Não____
lavar roupas/loucas Sim____ Não____
jardinagem Sim____ Não____

(Explique quais os meses/estações do ano em que problemas de falta de água acontece)

b) Ha problemas serios com a qualidade da água? Sim____ Não____
(Explique)

c) Tem havido serias construções de sistemas de água e/ou operações e manutenções de problemas? Sim____ Não____
(Explique)

d) Houve alguma escavação de poços nesta aldeia antes? Sim____
Não____

Ilustração Informativa de Saneamento

18. Quantas casas residências possuem os seguintes sistema de disposição de secreções:

Latrinas Cavadas____%
Latrinas Cavadas(aperfeicoadas com tampas)____%
Despejo de Baldes ou Lata de água____%
Outros _____

(Explique as condições gerais do sistema de latrinas, apos ter visitado a aldeia)

19. Há algum problema relacionado com a instalação de sistemas de disposição de secreções? Sim____ Não____. Se a resposta for sim, explique.

20. Que tipos de materiais de construção são disponiveis na localidade para um sistema de água, esgoto e saneamento basico?
areia____ cimento____ pedras____ instrumentos de construção____
ferro para construção____ Pao____ canos____ outros(ex. bambu, etc.)

Involvimento comunitário

Já houve uma outra organização doadora nessa aldeia

Se alguma vez a população dessa aldeia participar no programa de prevenção a saneamento de água

21. Houve ou ha alguma experiência comunitária em projejos de água e saneamento basico? Sim___ Não___. Se a resposta é sim, describe o projeto e porque era bem-sucedido or não bem-sucedido.
22. Alguma vez a aldeia experimentou com projetos de ajuda a si mesmo ou multirão? Sim___ Não___ Se a resposta for sim, (Explique que tipo de projeto, organizações envolvidas da aldeia--como por exemplo trabalhadores comunitários de saúde--a participação da mulher e o resultado do projeto).
- 23.a Já há algum voluntários trabalhando na aldeia? Sim___ Não___. Se a resposta for sim, descreva quem são e as actividades deles.
- 23.b Pessoas desta aldeia seriam concorder a servir voluntariamente para um projeto de água e seneamento? Sim___ Não___ (Explique)_____
- (resposta para as pessoas apropriado como o régulo o outras funcionários)
24. Estária a aldeia interessada em comprometer-se por um minimo de um ano a um intensivo programa de água e saneamento basico? Sim___ Não___. Se a resposta é sim, a aldeia
- a) concordária com um programa a longo prazo de manutenção de bomba de água manual? Sim___ Não___
- b) concordária com um programa a longo prazo de eduacão de saúde? Sim___ Não___
- c) concordaria em providênciar, se caso for disponível, recursos locais como por exemplo areia___, cimento___, mão-de-obra___, ou_____
25. O régulo (chefe tradicional) e os curandeiros locais concordam com o projeto? Sim___ Não___
Porque sabe este?_____?
26. Outros comentários importantes que pose dar, particularmente aqueles clarifiquem a necessidade, probabilidade de sucesso ou falha do projeto, ou possibilidade tecnica.

ANEXO NO. 1.2: FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE FAMILIA
(Fichas de visita PRONAR/PEC:9-11 com algumas modificações
por E.C. Green e A. Araujo, Dezembro de 1993)

ESPECIALISTA IEC

ANIMADOR ou ENTREVISTADOR

ALDEIA: Nome antigo _____ Nome novo _____

Sexo: Mulher () Homen () Estimar Idade ()

Perguntas:

I. Água

1. No. de pessoas na família: Homens___ Mulheres___ Crianças___

2. Voce possui ou ouve radio? Sim() Não()

Se a resposta é sim, quando?

3. Donde trazem a água? Rio() Poço() Nascente() Outros()

4. Acha que esta água é limpa?

5. Quanto tempo demora para buscar água?

6. Quantàs vezes por dia? _____ Quantos litros? _____

7. Que tipo de recipiente utiliza para buscar a água?

8. Poe folhas em cima de água? Sim() Não()

Outras coisas Sim() Não()

Por exemplo:

9. Tem deposito para armazenamento da água? Sim() Não()

O deposito tem tampa? Sim() Não()

10. Esta água chega para todas as necessidades da casa? Sim() Não()

11. Quais sao as necessidades?

12. Trata a água? Sim() Não()

Se sim, como?

13. Acha que seja necessário tratar a água? Sim() Não()

Porque?

14. Onde a família toma banho?

Quantas vezes por dia?

15. Onde lavam a roupa?

16. O que utilizam para lavar a roupa e tomar banho?

17. Ha casos de sarna ou tinha? Sim() Não() Não sabem()

Quantos?

18. Alguem esta doente? Sim() Não()

O que tem?

19. Sabe como apanhou esta doença?

20. Onde recebeu o tratamento?

21. Acha que é importante construir um poço na aldeia? Sim() Não()

Porque?

22. Onde o poço deve ser construido?

Porque?

23. Quer contribuir na construção do poço? Sim() Não()

24. Acha que seja necessário limpar e manter o poço? Sim() Não()

Porque?

25. Quem deve fazer isso?

25. Quer participar nisso?

II. Saúde: CRENÇAS, ATTITUDES, TRADIÇÕES:

1. Que tipos de doenças/enfermidades a sua família tem?

tosse/refriados____ diarreia____ dor de cabeça____

dor de barriga____ vermes____ sarna____ piolho____

outros_____

2. Quais os tipos de diarreia que conhece? (Procure nomes em Makhuwa)

a.

b.

c.

3. O que causa estas diarreias?

a.

b.

c.

d. (Pergunte sobre "mmirimani")

4. Se pode prevenir ou evitar diarreia?

Se sim, como?

5. Quais as doenças das crianças mais comuns aqui? (Procure nomes em Makhuwa, pergunte também origem, tipo e tratamento)

6. Quais as doenças das mulheres mais comuns aqui? (Procure nomes em Makhuwa, pergunte também origem, tipo e tratamento)

7. Quais as doenças dos homens mais comuns aqui? (Procure nomes em Makhuwa, pergunte também origem, tipo e tratamento)

8. Qual é a origem das doenças da cabeça?

9. Conhece doenças que são causadas por água não limpa?

Sim () Não ()

Se a resposta for sim, quais:

10. Conhece doenças que são causadas por falta de latrina? Sim () Não ()

Se a resposta for sim, quais:

11. Conhece doenças que são causadas por lixo ou sujeira? Sim () Não ()

Se a resposta for sim, quais:

12. A onde você aprendeu sobre as causas das doenças?

escola___ trabalho___ agente de saúde___ curandeiros___

família___ igreja___ Outros: ___

13. Quais as doenças curandeiros podem tratar bem?

III. OBSERVAÇÕES DIRECTAS:

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Limpeza das pessoas: | Boa() Suficiente() Ma() |
| 2. No. de casas para a família | |
| 3. No. de divisões | |
| Higiene: | Boa() Suficiente() Ma() |
| 4. Tem uma latrina? | Sim() Não() |
| Tem tampa? | Sim() Não() |
| Esta limpa? | Sim() Não() |
| 5. Ha pessoas em casa com: | |
| Sarna? | Sim() Não() |
| Paludismo? | Sim() Não() |
| Bilharziose? | Sim() Não() |
| Diarreia? | Sim() Não() |
| Colera? | Sim() Não() |
| Tinha? | Sim() Não() |
| 6. Recolha do lixo: tem aterro sanitário? | Sim() Não() |
| 7. O quintal esta limpo? | Sim() Não() |
| 8. Ha animais em circulação no quintal? | Sim() Não() |
| 9. Ha currais em utilização? | Sim() Não() |

OBSERVAÇÕES FINAIS DO ENTREVISTADOR:

ANEXO NO. 1.3: GUIA PARA ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE AOS PMT
(elaborado por A. Jurg, Fevereiro de 1994)

1. Quais são os diferentes tipos de PMT no distrito de Cuamba (Tenta encontrar em algum pormenor o papel e função dos adivinhos, hervanários, aqueles que tratam doenças de espíritos, feiticeiros e os seus designações locais)
2. Quais as doenças infantis mais comuns ? (Se não for mencionado, pergunta também se o PMT conhece lombrigas)
3. Quais são as doenças diarreicas localmente reconhecidas ? (Nomes em dialecto)
4. Quais são as causas de cada tipo de diarreia ?
5. Como trata o PMT cada tipo de diarreia ? (Tenta descobrir os pormenores, não necessariamente as raízes específicas, mas os métodos de administração ou aplicação. Por exemplo: qualquer papinha especial, ingredientes como açúcar ou sal, o PMT aconselha a mãe alguma coisa sobre a alimentação da criança com diarreia ? Pode-se prevenir diarreia ?)
4. O curandeiro reconhece fontanelas deprimidas ou outros sintomas de desidratação ? Se sim, como se chamam estes sintomas ? Qual é a causa ? Conhece o seu tratamento ?
6. Pode-se tratar cada uma destas doenças diarreicas tanto com medicamentos modernos como medicamentos tradicionais ? Porque sim ou porque não ? Que tipo de medicamento é mais rápido, tem mais poder ? (Tenta descobrir atitudes do PMT relacionados com medicamentos modernos como injeções e comprimidos)
7. Quais as doenças mais comuns em mulheres ? (Tenta descrever as suas manifestações, causas e tratamentos por exemplo: cólicas, menstruação)
8. Quais as doenças mais comuns em homens ? (Tenta descrever as suas manifestações, causas e tratamentos, por exemplo: érvnia, doença de cabeça)
9. Explora qualquer crença ou ideia sobre contaminação, por exemplo: um bebé pode apanhar uma doença quando esta na barriga da mãe, por leite do peito ? Uma pessoa doente (ou morte) pode transmitir a sua doença a uma pessoa sã por ares ou maus cheiros ? pelo sangue ? por calor ou frio ? pela comida ? por relações sexuais (com uma mulher menstruada) ? por animais ou insectos ? por compartilhar mantas, pratos, apertar mãos ? através espíritos ou antepassados ? (Talvez no fim procurar saber qual é a sua ideia sobre água não limpa)

ANEXO NO. 1.4: FICHA PARA ASPECTOS DA MEDICINA TRADICIONAL
(elaborado por A. Araujo, Marco de 1994)

DATA:

TIPO DE CURANDEIRO:

ANIMADOR:

1. DOENÇAS DA BARRIGA (diarreia, nyoka, estomago, bexiga etc.)
2. DOENÇAS DA CABEÇA (dores, convulsões, fontanela deprimida etc.)
3. DOENÇAS DO SEXO (gonorreia, menstruação, testiculos, SIDA, mula, feridas no sexo, sífilis etc.)
4. DOENÇAS DA PELE (sarna, lepra, tinha, borbulhas etc.)
5. DOENÇAS DAS CRIANÇAS (diarreias, feridas, sarampo, doenças dos pais etc.)
6. DOENÇAS MAIS FREQUENTES (ernia, conjuntivite, malária, coluna, anemia etc.)
7. DOENÇAS DO ESPIRITO (feitiço familiar, cabeça grande, majini, contactos com mortos etc.)

Para cada uma das 7 categorias de doenças procurou-se saber:

Nome da doença	Como se apanha	O que sente o doente	Tratamento tradicional

ANEXO. 1.5: FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE FAMILIA 2
(elaborado por A. Jurg, Maio de 1994)

LOCAL:

DATA:

ANIMADOR:

Procura uma casa onde mora uma família com menores. A entrevista não demora mais de uma meia hora. Faz 5 entrevistas deste tipo por dia. Em particular tenta aprofundar pergunta 3 sobre *mmirimani* em crianças.

Logo no principio o animador se apresenta. Explique que o seu trabalho esta relacionado com o servico da construção de poços de água e de latrinas.

1) Participou no teatro e na reuniao recente? sim() não()

Se a resposta é sim, o que gostou mais ?

Se a resposta é não, pode dizer a razao para qual ?

2) No. de pessoas na família: Homens___ Mulheres___ Crianças___

Qual é a idade de cada criança ?

3) Nos encontros que já tivemos com as pessoas disseram-nos que a diarreia (*mmirimani*, *ovaluwa*, *mmirimani ni epome*) é uma doença frequente nesta zona. O que faz quando um dos seus filhos sofre disto ?

Procura saber pormenores sobre o que se faz com as fezes moldes do menor, se a mãe continua dar comida ou leite do peito quando a criança tem *mmirimani*, se a mãe costuma dar alguma, se faz algum tratamento em casa etc.

4) Qual é o material alem de água que costuma usar para lavar roupa ?

E para lavar pratos ?

E para lavar o corpo ?

E para lavar as mãos ?

- 5) Quando é que lava as mãos ?
- () Antes de comer
 - () Depois de comer
 - () Quando lava a cara logo de manha
 - () Depois de ter estado com uma pessoa doente
 - () Depois de voltar de machamba
 - () Antes de preparar a comida
 - () Depois de varrer a casa e o quintal
 - () Depois de fazer as necessidades
 - () Quando chega uma visita importante
 - () Outro,
- 6) A pessoa tem alguma pergunta a fazer ?
- 7) Antes de despedir-se pede a utilização da latrina.

OBSERVAÇÕES DIRECTAS

No quintal

- | | | |
|--|--------|--------|
| 1. O quintal esta varrido | Sim() | Não() |
| 2. Ve-se coco no quital | Sim() | Não() |
| 3. Ha animais em circulação no quintal | Sim() | Não() |
| 4. Tem monte de cinzas | Sim() | Não() |
| 5. Tem aterro sanitário | Sim() | Não() |
| 6. O <i>mwapu</i> de água para o consumo tem tampa | Sim() | Não() |
| 7. Tem uma copa para a loica secar | Sim() | Não() |

Na latrina e na casa de banho

- | | | |
|--|--------|--------|
| 1. Tem uma latrina | Sim() | Não() |
| 2. A latrina tem tampa | Sim() | Não() |
| 3. Tem alguns restos de coco | Sim() | Não() |
| 4. Tem muitas moscas | Sim() | Não() |
| 5. Cheira mal | Sim() | Não() |
| 6. Tem uma casa de banho | Sim() | Não() |
| 7. Tem o seu <i>mwapu</i> e <i>ekahi</i> | Sim() | Não() |
| 8. Encontrou água no chao | Sim() | Não() |

Uma criança que esta a fazer as suas necessidades

- | | | |
|--|--------|--------|
| 1. Ha alguém perto que a limpa | Sim() | Não() |
| 2. Usa a mão() folhas() uma pedra()
um pau() papel() um caroco de milho()
ou uma outra coisa | | |
| 3. Arrastou-se para limpar | Sim() | Não() |
| 4. Tapa o coco ou a xixi com areia. | Sim() | Não() |
| 5. Leva o coco para a latrina | Sim() | Não() |
| 6. Algum animal passou para o comer | Sim() | Não() |

ANEXO NO. 2: OS PERFÍS ILUSTRATIVOS DE ÁGUA E SANEAMENTO DAS ALDEIAS

Aldeia a 0.5 KM	ADINE								
No. de habitantes:	7794								
Presença de deslocados:	-								
No. de latrines existentes:	538								
No. de poços de Água Rural:	6 (1 perto do cemiterio)								
No. de poços novos necessários:	10								
<p><u>Solo:</u> arenosa, às vezes pedras</p>									
<p><u>Instituições locais:</u> Utiliza as infra-estruturas de Cuamba 2 Escolas primárias</p>									
<p><u>Fontes de água e a sua utilização:</u> Para beber a população recorre a pessoas conhecidas ou a um depósito em Cuamba. Outros vão buscar água nos poços tradicionais na margem dos dois rios ou do pantano. No entanto, há 6 poços de AR dos quais 2 não funciona por estar seco ou por estar perto de um cemitério. Dos outros 4, apenas 2 abastecem sempre. Falou-se também de um problema adicional. Muitas vezes sai água salubre nesta zona. Algumas pessoas tem poços caseiras que manejam com baldas.</p>									
<p><u>Observações adicionais:</u> A taxa de latrinas parece muito alto em comparação com as outras aldeias. A explicação pode ser que não há mato perto onde a população costuma defecar ou outros sítios para se esconder. Esta população já está muito tempo exposta a educação sanitária além do governo ter obrigado às populações urbanas de construir latrinas.</p>									
<p><u>No seio das 16 famílias entrevistadas</u></p> <table data-bbox="185 1458 1091 1592"> <tr> <td>tamanho da família</td> <td>5.2</td> </tr> <tr> <td>latrinas existentes</td> <td>100 %</td> </tr> <tr> <td>mulheres sozinhas</td> <td>8 %</td> </tr> <tr> <td>mulheres sozinhas sem latrina</td> <td>não</td> </tr> </table> <p>doenças no seio da família diarreia 5; dor de barriga 6; dor de cabeça 10;</p>		tamanho da família	5.2	latrinas existentes	100 %	mulheres sozinhas	8 %	mulheres sozinhas sem latrina	não
tamanho da família	5.2								
latrinas existentes	100 %								
mulheres sozinhas	8 %								
mulheres sozinhas sem latrina	não								
RNA Janeiro de 1994 (1 régulo, 4 PMT)	Gabriel								
CAP Janeiro de 1994 (16 famílias)	Madalena								

Aldeia a 10 KM	CHIPONDE MATIA
No. de habitantes: Presença de deslocados: No. de latrines existentes: No. de poços de Água Rural: No. de poços novos necessários:	5000 sim 2 (reabilit.) 8
No. de habitantes: Presença de deslocados: No. de latrines existentes: No. de poços de Água Rural: No. de poços novos necessários:	1000 sim 2 (reabilit.) 0
<u>Solo:</u> pedra, lama	
<u>Instituições locais:</u> 2 escolas primárias 1 Posto de Saúde Igrejas Mesquitas	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> Tanto em Chiponde como em Matia ha dois poços de AR que precisam de ser reabilitados ou aprofundados. Ha riachos e poços tradicionais onde tiram água para beber etc.	
<u>Observações adicionais:</u> Estas aldeias tem muitos habitantes que estao divididos por .. bairros. Cada um destes tem o seu proprio responsavel.	
<u>No seio das 11 famílias entrevistadas</u> tamanho da família 8.2 latrinas existentes 100 % mulheres sozinhas 18 % mulheres sozinhas sem latrina não se sabe doenças no seio da família diarreia 9; dor de cabeça 8; sarna 5	
RNA Janeiro de 1994 (régulo, PMT) CAP Janeiro de 1994 (11 famílias) CAP maio de 1994 (30 famílias)	Gabriel Rosa, Santo, Jorge Jose, Julia

Aldeia a 14 KM	CRUZAMENTO
No. de habitantes: Presença de deslocados: No. de latrines existentes: No. de poços de Água Rural: No. de poços novos necessários:	448 sim 143 1 (reabilit.) 0
<u>Solo:</u> Areia, lama	
<u>Instituições locais:</u> 1 Escola primária	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> Ha um poço de AR. O rio esta muito longe. Na aldeia não ha o costume de tomar banho por falta de água.	
<u>Observações adicionais:</u>	
<u>No seio das 15 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família latrinas existentes mulheres sozinhas mulheres sozinhas sem latrina doenças no seio da família diarreia 11; tosse/refriados 5; bilharziose 2.	4.5 73 % 13 % 0 %
RNA Janeiro de 1994 (régulo, PMT)	ECG,GM,AA,PM, animadores
CAP Janeiro de 1994 (famílias)	Joaquim,Beatriz

Aldeia a 10 KM	JOAO
No. de habitantes:	1700
Presença de deslocados:	muitos
No. de latrines existentes:	325
No. de poços de Água Rural:	1 (reabilit.)
No. de poços novos necessários:	3
<u>Solo:</u> arenoso	
<u>Instituições locais:</u> 1 Escola primária 1 Posto de saúde Igreja Mesquita	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> 1 Poço de Água Rural perto da escola com pouca capacidade, poços tradicionais na margem do rio Namutimbwa, nos riachos. Observação dos animadores: o régulo faz os moradores pagar (quanto ?) para cada lata de água (para efeitos de manutenção como ele diz)	
<u>Observações adicionais:</u>	
<u>No seio das 20 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família	5.2
latrinas existentes	100 %
mulheres sozinhas	20 %
mulheres sozinhas sem latrina	25 %
doenças no seio da família diarreia, dor de barriga 11; piolho 13; dor de cabeça 10; tosse 7; vermes 3	
RNA Janeiro de 1994 (régulo, PMT)	Gabriel
CAP Janeiro de 1994 (20 famílias)	Madalena, Celia
CAP maio de 1994 (15 famílias)	Madalena

Aldeia a 30 KM	LURIO
No. de habitantes:	2205
Presença de deslocados:	-
No. de latrines existentes:	sem informação
No. de poços de Água Rural:	1
No. de poços novos necessários:	3
<u>Solo:</u>	
lama	
<u>Instituições locais:</u>	
1 posto de saúde	
1 Escola primária	
Igreja católica	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u>	
<p>No tempo de chuva vão tirar água dos poços tradicionais ao longo das margens dos rios Lurio e Muanda, no tempo seco a água divide-se em lagoas. A população reservam algumas lagoas para beber, lavar milho, cozinhar e lavar pratos enquanto outras são utilizadas para tomar banho e lavar roupa. Há pelo menos um poço doméstico, a água que sai é salubre. Na margem do rio fazem as necessidades</p>	
<u>Observações adicionais:</u>	
<p>O régulo da zona de Lúrio bebe muito como foi constatado em várias ocasiões. A sua esposa faleceu recentemente de diarreia.</p>	
<u>No seio das 18 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família	5.4
latrinas existentes	80 %
mulheres sozinhas	11 %
mulheres sozinhas sem latrina	0 %
doenças no seio da família	
diarreia 16; dor de cabeça, barriga, tosse 9; piolho 6	
RNA Janeiro de 1994 (1 régulo, 5 PMT)	ECG,GM,AA
CAP Janeiro de 1994 (18 famílias)	J,J,J,B,M,S

Aldeia a 30 KM	MALAPA
No. de habitantes: Presença de deslocados: No. de latrines existentes: No. de poços de Água Rural: No. de poços novos necessários:	1268 sim poucos 0 3
<u>Solo:</u> lama	
<u>Instituições locais:</u> 1 Posto de saúde 1 Escola primária 4 Igrejas católicas	
<p>O posto de saúde funciona com o serviço de um ajudante e só quando ele consegue trazer algum medicamento do HD de Cuamba. O professor vive na aldeia, mas não está envolvido em actividades de água e saneamento. A aldeia de Malapa é uma das que muito sofreu com a guerra. A população vive dispersa e em condições difíceis da vida. Neste momento, eles estão numa fase de reconstrução das suas casas.</p>	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u>	
<p>No tempo seco (Julho-Outubro) tem carência de água, a maioria utiliza o rio para ir buscar água para beber e para tomar banho. Dizem que nunca houve uma escovação de poços nesta aldeia. O régulo pediu para abrir um poço num futuro breve.</p>	
<u>Observações adicionais:</u>	
<p>A população abandona a aldeia para regressar as suas zonas de origem.</p>	
<p>RNA Dezembro de 1994 (1 régulo, 1 PMT) (2 Frelimo) ECG, GM, AA</p>	

Aldeia a 10 KM	MANIWA
No. de habitantes: Presença de deslocados: No. de latrines existentes: No. de poços de Água Rural: No. de poços novos necessários:	1500 muitos 183 1 (contem água salubre) 3
<u>Solo:</u> pedroso	
<u>Instituições locais:</u> 1 Posto de saúde, mas sem medicamentos 1 Escola primária Mesquita	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> As pessoas vão buscar água nos poços tradicionais no pantano. Há 1 poço de AR de que tiraram a bomba e cuja água é salubre. Segundo Dona Gelita houve várias tentativas mas sempre saia água salubre. O régulo, no entanto, dizia que nunca houve escavações de poços na zona.	
<u>Observações adicionais:</u> A razão para o número relativamente baixo foi que ha muitos refugiados a outra margem da estrada, muitas mulheres sem maridos e um solo muito pedroso.	
<u>No seio das 10 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família	2.9
latrinas existentes	70 %
mulheres sozinhas	10 %
mulheres sozinhas sem latrina	0 %
doenças no seio da família diarreia 10; dor de cabeça 9; barriga, piolho 5, tosse 4	
RNA Dezembro de 1994 (1 régulo, 5 PMT e 5 assessores)	ECG, GM, AA
CAP Janeiro de 1994 (10 famílias)	Madaln, Joaquim
CAP Maio de 1994 (16 famílias)	Rosa

Aldeia a 25 KM	MATUANE
No. de habitantes: Presença de deslocados: No. de latrines existentes: No. de poços de Água Rural: No. de poços novos necessários:	1468 muitos 2 (reabilit.) 1
<u>Solo:</u> areia, lama	
<u>Instituições locais:</u> 1 Escola primária 4 Lojas	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> Um poço de AR não funciona por falta de manutenção ou outro não foi acabado na altura, poços tradicionais e riachos	
<u>Observações adicionais:</u>	
<u>No seio das 23 famílias entrevistadas</u> tamanho da família 5.5 latrinas existentes 100 % mulheres sozinhas 0 % mulheres sozinhas sem latrina - doenças no seio da família diarreia 14, piolho 13; dor de cabeça 12; sarna, tosse 9	
RNA Janeiro de 1994 (régulo, PMT) CAP Janeiro de 1994 (23 famílias) CAP maio de 1994 (famílias)	Gabriel Santos, Jorge

Aldeia a 25 KM	MEPICA
No. de habitantes:	1370
Presença de deslocados:	sim
No. de latrines existentes:	282
No. de poços de Água Rural:	2 (reabilit.)
No. de poços novos necessários:	1
<u>Solo:</u>	
lama, pedra	
<u>Instituições locais:</u>	
1 Posto de saúde	
1 Escola Primária	
1 Igreja Católica	
1 Igreja Protestante	
2 Mesquitas	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u>	
2 poços de AR que não funcionam por falta de manutenção, ha poços tradicionais, pantanos	
<u>Observações adicionais:</u>	
Diarreia esta relacionado com a mudança do tempo é o factor guerra	
<u>No seio das 35 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família	5
latrinas existentes	70 %
mulheres sozinhas	14 %
mulheres sozinhas sem latrina	40 %
doenças no seio da família	
dor de cabeça 20; diarreia 17; barriga, tosse 11	
RNA Janeiro de 1994 (régulo, PMT)	Gabriel, Ted
CAP Janeiro de 1994 (35 famílias)	C,M,Jul.,Joaquim

Aldeia a 9 KM	MINAS/MECUPA
No. de habitantes:	800
Presença de deslocados:	-
No. de latrines existentes:	350
No. de poços de Água Rural:	0
No. de poços novos necessários:	2
<u>Solo:</u> lama	
<u>Instituições locais:</u> 1 Posto de saúde 1 Escola primária Empresa de Minas	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> As pessoas usam poços tradicionais ou vão ao rio Muanda	
<u>Observações adicionais:</u>	
<u>No seio das 16 famílias entrevistadas</u> tamanho da família 5.5 latrinas existentes 63 % mulheres sozinhas 6 % mulheres sozinhas sem latrina 100 % doenças no seio da família diarreia 8, dor de cabeça 7, tosse 4; barriga 3	
RNA Janeiro de 1994 (régulo, PMT)	Gabriel
CAP Janeiro de 1994 (16 famílias)	Jul,B,C,Joaquim

Aldeia a 20 KM	MITUCUE
No. de habitantes: Presença de deslocados: No. de latrines existentes: No. de poços de Água Rural: No. de poços novos necessários:	1326 - 230 1 3
<u>Solo:</u> pedroso	
<u>Instituições locais:</u> 1 posto de saúde 1 maternidade 1 Escola primária Centro dos padres	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> Para beber a população recorre ao centro dos padres. Ali há um tanque que recebe através duma mangueira água duma nascente nas serras. Mas de facto a água não chega para todos e muitas pessoas, em particular aquelas um pouco mais afastados do centro dos padres aproveitam dos poços tradicionais na margem dos riachos ou no pantano, excepto no tempo seco. Segundo o Sr. Joaquim o tanque está sujo e assim a qualidade de água não deve ser muito boa.	
<u>Observações adicionais:</u> Já que o subsolo tem uma camada de saibro fica muito complicado cavar uma latrina. Sendo latrinas de pouca profundidade a sua utilização é no máximo de 2 anos.	
<u>No seio das 23 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família latrinas existentes mulheres sozinhas mulheres sozinhas sem latrina doenças no seio da família diarreia 10;dores de barriga 5; doença ou dor de cabeça 8; sarna, tosse 4; malária 3; reumatismo 1	4.3 45 % 20 % 40%
RNA Dezembro de 1994 (1 régulo)	ECG,GM,AA, animadores
RNA Janeiro de 1994 (1 régulo, 1 PMT)	Gabriel
CAP Janeiro de 1994 (23 famílias)	B,C,Joaquim

Aldeia a 8 KM	MUCUABA
No. de habitantes:	3200
Presença de deslocados:	sim
No. de latrines existentes:	90
No. de poços de Água Rural:	1
No. de poços novos necessários:	5
<u>Solo:</u> pedroso, duro	
<u>Instituições locais:</u> 1 Centro de acomodação, 1 Posto de saúde (esta fechado) 1 Escola primária	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> Rio Muanda proximo, 1 poço de AR, poços tradicionais.	
<u>Observações adicionais:</u>	
<u>No seio das 15 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família	5.5
latrinas existentes	67 %
mulheres sozinhas	20 %
mulheres sozinhas sem latrina	0 %
doenças no seio da família	
diarreia 9; dor de cabeça 7; barriga, piolho 2	
RNA Janeiro de 1994 (régulo, PMT)	Gabriel
CAP Janeiro de 1994 (15 famílias)	Rosa, Julia

Aldeia a 7 KM	MUJAWA
No. de habitantes:	8913
Presença de deslocados:	muitos
No. de latrines existentes:	35
No. de poços de Água Rural:	2 (sem bomba)
No. de poços novos necessários:	15
<u>Solo:</u>	
lama, areia	
<u>Instituições locais:</u>	
1 Posto de saúde	
1 Escola primária	
1 Igreja	
1 Mesquita	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u>	
Utilizam o rio Muanda, tem 1 poço de AR, poços tradicionais.	
<u>Observações adicionais:</u>	
<u>No seio das 12 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família	5
latrinas existentes	67 %
mulheres sozinhas	10 %
mulheres sozinhas sem latrina	0 %
doenças no seio da família	
constipação 1; bilharziose, dor de cabeça,	
diarreia e tuberculose 1	
RNA Janeiro de 1994 (régulo, PMT)	Gabriel
CAP Janeiro de 1994 (12 famílias)	Beatriz, Jorge

Aldeia a 4 KM	NACACA
No. de habitantes:	560
Presença de deslocados:	-
No. de latrines existentes:	228
No. de poços de Água Rural:	1 (reabilit.)
No. de poços novos necessários:	1
<u>Solo:</u>	
lama	
<u>Instituições locais:</u>	
Utiliza as de Cuamba	
1 Ensino primário	
1 Mesquita	
1 Igreja	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u>	
Tem um poço de AR que está em funcionamento. Também procuram água para beber nos poços tradicionais na margem do pantano ? e no tempo seco reservam um sítio ao pé do rio Namutinbwa para tirar a água para beber. As pessoas costumam tomar banho no rio. Segundo o inquérito o chefe tem poço mas a população não ?	
<u>Observações adicionais:</u>	
O régulo, além de não residir na propria aldeia, é suspeito de fazer parte de uma bande de assassinos. O secretário no entanto mostra muito interesse na construção (reabilitação ?) de poços e latrinas	
<u>No seio das 15 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família	4.2
latrinas existentes	80 %
mulheres sozinhas	13 %
mulheres sozinhas sem latrina	50 %
doenças no seio da família	
diarreia 5; dor de cabeça, barriga, tosse, sarna 2	
RNA Janeiro de 1994 (1 ass/régulo, 2 PMT)	Gabriel
CAP Janeiro de 1994 (15 famílias)	Rosa, Julia

Aldeia a 37 KM	NAMPACALA
No. de habitantes: Presença de deslocados: No. de latrines existentes: No. de poços de Água Rural: No. de poços novos necessários:	543 recém-chegados 99 0 1
<u>Solo:</u> pedra	
<u>Instituições locais:</u> 1 Escola primária 1 Igreja catolica 1 Mesquita	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> Apenas poços tradicionais, ha muita distância e no tempo seco não ha água suficiente para toda a gente. Mulheres e homens tomam banho ali também aproveitando esconder-se no mato a volta, em alguns casos as crianças tomam banho em casa.	
<u>Observações adicionais:</u>	
<u>No seio das 12 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família latrinas existentes mulheres sozinhas mulheres sozinhas sem latrina doenças no seio da família diarreia 9; dor de cabeça, piolho 7; barriga, tosse 4	5.6 50 % 8 % 100 %
RNA Dezembro de 1994 (1 régulo, 4 PMT) CAP Janeiro de 1994 (12 famílias) CAP maio de 1994 (12 famílias)	Ted, Gabriel J, J, J, S, M Celia

Aldeia a 3 KM	RIMBANE
No. de habitantes: Presença de deslocados: No. de latrines existentes: No. de poços de Água Rural: No. de poços novos necessários:	4000 alguns 165 2 (reabilit.) 6
<u>Solo:</u> arenoso	
<u>Instituições locais:</u> Serve-se das infra-estruturas de Cuamba 1 Escola primária	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> Para beber a população recorre a pessoas conhecidas em Cuamba ou vão buscar água nos poços tradicionais na margem do rio ou do pantano. Não é tão longe. Os dois poços de AR tem pouca capacidade.	
<u>Observações adicionais:</u>	
<u>No seio das 12 famílias entrevistadas</u> tamanho da família latrinas existentes mulheres sozinhas mulheres sozinhas sem latrina doenças no seio da família	5.3 92 % 0 % não
RNA Dezembro de 1994 (ver Teterene) CAP Janeiro de 1994 (12 famílias) CAP Maio de 1994 (15 famílias)	Gabriel Celia, Santos Beatriz

Aldeia a 15 KM

SILVA

No. de habitantes:	700
Presença de deslocados:	metade
No. de latrines existentes:	356
No. de poços de Água Rural:	1 (reabilit.)
No. de poços novos necessários:	1

Solo:

arenosa, lama

Instituições locais:

1 Escola primária
1 Igreja
1 Mesquita

Fontes de água e a sua utilização:

O poço de AR tem mesmo na estação chuvosa pouca capacidade de água, utiliza-se baldas. A maioria vai buscar água nos poços tradicionais na margem do pantano, não tem riachos perto. O rio fica a 7 km, mas no tempo seco costumam ir lá. Há uma carência de água. O régulo afirma que um poço é muito preciso nesta zona.

Observações adicionais:

O régulo é suspeito de fazer parte de uma bande de assassinos.

No seio das 15 famílias entrevistadas

tamanho da família	4.5
latrinas existentes	60 %
mulheres sozinhas	0 %
mulheres sozinhas sem latrina	-
doenças no seio da família	
dor de cabeça 10; diarreia, piolho 7, tosse 3	

RNA Dezembro de 1994 (1 régulo)

Ted, Gabriel

CAP Janeiro de 1994 (15 famílias)

Jorge, Santos

Aldeia a 5 KM	TETEREANE
No. de habitantes: Presença de deslocados: No. de latrines existentes: No. de poços de Água Rural: No. de poços novos necessários:	1200 muitos 150 2 (1 perto do cemiterio) 2
<u>Solo:</u> lama	
<u>Instituições locais:</u> Serve-se das infra-estruturas de Cuamba 1 Igreja Assembleia de Deus 1 mesquita	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> Para beber a população recorre a pessoas conhecidas em Cuamba ou vão buscar água nos poços tradicionais na margem do rio ou do pantano. A busca de água leva nestes últimos casos uma hora de tempo. Uma das famílias entrevistadas tem um poço caseiro no lar. Os 2 poços de AR não estão a funcionar, tiraram já há muito tempo as bombas. Um poço está muito mal colocado perto de um cemitério. Não vale pena pensar em reabilitar este poço. O outro pode ser reabilitado (mais profundo?). As pessoas tomam banho no rio. As pessoas mostram-se muito interessado em construir poços, principalmente para diminuir a distância. Há carência de água no tempo seco, segundo a assessor do régulo consultado.	
<u>Observações adicionais:</u> A existência de poucas latrinas deve-se a alta taxa de deslocados.	
<u>No seio das 15 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família latrinas existentes mulheres sozinhas mulheres sozinhas sem latrina doenças no seio da família	5.5 45 % 20 % 100 %
RNA Dezembro de 1994 (1 ass/régulo, 2 PMT) CAP Janeiro de 1994 (15 famílias) CAP Maio de 1994 (15 famílias)	Gabriel Rosa, Julia Beatriz

Aldeia a 35 KM	TITIMANE
No. de habitantes:	800
Presença de deslocados:	centro de acomodação
No. de latrines existentes:	331
No. de poços de Água Rural:	0
No. de poços novos necessários:	2
<u>Solo:</u> arenosa	
<u>Instituições locais:</u> 1 Posto de saúde, mas não tem medicamentos 1 Escola primária 1 Igreja baptista 1 Igreja catolica	
<u>Fontes de água e a sua utilização:</u> Tira-se água para beber dos poços tradicionais na margem do pantano a 100 metros. A água costuma permanecer todo o ano.	
<u>Observações adicionais:</u>	
<u>No seio das 7 famílias entrevistadas</u>	
tamanho da família	5
latrinas existentes	78 % (N=17)
mulheres sozinhas	30 %
fichas não completas	
RNA Dezembro de 1993 (1 régulo, 3 PMT)	ECG,GM,PM
CAP Janeiro de 1994 (7 famílias)	Rosa, Julia
fichas incompletas	
CAP Maio de 1994 (30 famílias)	Jorge