

Title: Community-Based Research in Mozambique
Subtitle: Expanding Health Sciences Teaching in Nampula

By: Dr. Ron Siemens

Dr. Paulo Pieres

Ms. Laize Botas

Ms. Carlyn Seguin

Report Type: Final technical report

Date: April 18, 2014

IDRC Project Number: 107 108-00020999-009

IDRC Project Title: Community-Based Research in Mozambique: Expanding Health Sciences Teaching in Nampula

Country/Region: Mozambique, Africa

Full Name of Research Institution: University of Saskatchewan

Address of Research Institution: University of Saskatchewan

Address: 110 Gymnasium Place, Saskatoon, SK. S7N-4S8

Name(s) of Researcher/Members of Research Team:

Co-Principal Investigator: Nazeem Muhajarine

Co-Principal Investigator: Ronald Siemens

University of Saskatchewan Members:

Sheryl Mills

Carlyn Seguin

Le Li

Gerri Dickson

Murray Dickson

Bruce Reeder

Mahli Brindamour

Ryan Meili

Universidade Lurio Members:

Laize Botas

Paulo Pires

Celso Belo

Ismael Abdulcarimo

Eusebio Chaquisse

Manuel de Jesus Neto

University of Alberta Representative:

David Zakus

McMaster University Representatives:

Mary O'Connor

Jessie Forsyth

Contact Information of Researcher/Research Team members:

Nazeem Muhajarine BA MSc, PhD

Community Health and Epidemiology College of Medicine, U. of Saskatchewan

Nazeem.muhajarine@usask.ca

306-966-7940 ph

306-966-7920 fax

Ronald K. Siemens MD FRCP FAAP

Pediatric Emergency Medicine, Royal University Hospital, U. Saskatchewan

Rks_ped@yahoo.ca
306-241-3925 ph
306-655-2897 fax

Sheryl Mills PhD

Gwenna Moss Centre for Teaching Excellence, U. of Saskatchewan
Sheryl.mills@usask.ca
306-966-5867 ph.
306-966-2242 fax.

Carlyn Seguin, PhD Candidate.

Coordinator Division of Social Accountability, College of Medicine, U. of Saskatchewan
Carlyn.seguin@usask.ca
306-966-1797 ph
306-966-7920 fax

Le Li

International Research Facilitator, College of Medicine, U. of Saskatchewan
le.li@usask.ca
Ph: 306.966.1687
Fax: 306.966.8597

Gerri Dickson RN, BScN, MPH, PhD

Community Health and Epidemiology College of Medicine, U. of Saskatchewan
gerri.dickson@usask.ca
Phone: (306)966-7933
Fax: (306) 966-7920

Murray Dickson, DDS, MPH

Training for Health Renewal Project, U. of Saskatchewan
thrp.program@usask.ca
Telephone: 306 966 7933
Fax: 306 966 1667

Bruce Reeder, MD DTM&H, MHSc, FRCP

Community Health and Epidemiology College of Medicine, U. of Saskatchewan
bruce.reeder@usask.ca
Phone: (306) 966-7934
Fax: (306) 966-7920

Mahli Brindamour, MD

Senior Pediatric Resident, U. of Saskatchewan, Saskatoon, Canada
Mahli.brindamour@gmail.com

Ryan Meili, MD CFPC

Director: Division of Social Accountability, U. of Saskatchewan

ryan.meili@usask.ca

Phone: (306) 966-5727

Fax: (306) 966-7920

David Zakus, BSc, MES, MSc, PhD

Director, Office of Global Health, Department of Medicine, U. of Alberta

davidzakus@med.ualberta.ca

Phone: 780-492-6348

Fax: 780-248-1163

Mary O'Connor, PhD

Professor of English and Cultural Studies, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

moconnor@mcmaster.ca

Phone: 905 525 9140 ext. 23731

Jessie Forsyth , PhD candidate

McMaster University

jesswanfor@yahoo.com

Laize Botas BSc.(pharm) Masters candidate

Faculty of Health Sciences, Universidade Lurio

Laize.botas@hotmail.com

Paulo Pires, MD

Family Medicine consultant, Universidade Lurio

druidadom@gmail.com

Tel. (+258) 26 220200 / 26 21 67 79

Fax (+258) 26 21 8250

Cel. (+258) 82 30 31 923

Celso Belo, MD

Director: Faculty of Health Sciences, Universidade Lurio

Belo.celso@gmail.com

Tel. (+258) 26 220200 / 26 21 67 79

Fax (+258) 26 21 8250

Ismael Abdulcarimo

Director of Pedagogy, Universidade Lurio

Ismaelabdulcarimo@gmail.com

Tel. (+258) 26 220200 / 26 21 67 79

Fax (+258) 26 21 8250

Eusebio Chaquise, PhD

Professor, Universidade Lurio
eechaquise@gmail.com
Tel. (+258) 26 220200 / 26 21 67 79
Fax (+258) 26 21 8250

Manuel Jesus de Neto
Professor of Optometry, Universidade Lurio
manuelopt@hotmail.com
Tel. (+258) 26 220200 / 26 21 67 79
Fax (+258) 26 21 8250

***This report is presented as received from project recipient(s). It has not been subjected to peer review or other review processes.**

This work is used with the permission of by Ron Siemens who has copyright of the report as of March 30, 2014.

Table of Contents

Abstract	6
The Research Problem	6
The Objectives:	7
Project Activities:.....	8
September 2012- March 2013 (3 week visit)	8
March 2013-April 2013.....	8
April 2013-October 2013	8
November 2013-December 2013: (2 week visit).....	8
January 2014-March 2014:.....	9
Project Outputs:	10
Project Outcomes:	11
Overall Assessment and Recommendations:	11
Acknowledgements:	12
APPENDIX A:	13
APPENDIX B:	31
APPENDIX C:	55
APPENDIX D:.....	89
APPENDIX E:	141
APPENDIX F.....	142
APPENDIX G:.....	237
APPENDIX H:.....	248

Abstract

Research is the backbone of evidence-based care. Involving the community intimately in their own health care and decisions is the backbone of primary care. Using these as our guiding principles, we were able to develop, trial, and present an innovative, interactive workshop curriculum on Qualitative Community-Based Participatory Action Research (CBPAR) to students at Universidade Lurio. UniLurio students developed eight student-run, faculty-supervised, community-based research project protocols and 2 of these were brought to final conclusion over the short study period. The complete curriculum in both English and Portuguese was presented to Universidade Lurio and will be embedded in UniLurio's community health program. Four Faculty facilitation sessions were given at UniLurio. University of Saskatchewan students received the curriculum in their global health course. Ongoing challenges and successes of the project were shared with all participants and presented as a poster presentation at the Canadian Global Health Conference in Ottawa, Oct. 2013 and workshops were given at the University of Saskatchewan Global Health conference in September 2013. This project has given us invaluable experience in developing community connection and sharing cross-cultural teaching experiences. It has also allowed us to develop future steps for our partnership to work with the local community.

Keywords:

Community-based Participatory Action Research (CBPAR)

Qualitative research

Global Health

International collaboration

The Research Problem

The basic rationale for this project was to build capacity at Universidade Lurio in the area of Qualitative community based participatory action research. This would enhance the community's ability to deal with health concerns, develop strong ties between the community and Universidade Lurio and finally help train future health sciences workers to become reflective practitioners providing evidence based care throughout their careers.

The Objectives:

The main objective is to collaboratively develop and pilot a course in community-based research (CBR) for UniLúrio health sciences.

Conditions for its ongoing success include: an effective curriculum; trained faculty; a capable community partner(s); and enabling of university and government policies.

Each of the latter is therefore an intermediate objective:

To build an effective curriculum, based on input from Canadian and Mozambican collaborators, and by engaging UniLúrio faculty, community partners, students and officials in its implementation and evaluation.

Result:

An innovative, interactive, workshop type curriculum along with teaching appendix, PowerPoint presentations and student handouts was collaboratively developed and presented to Universidade Lurio is both English and Portuguese

To train UniLúrio faculty in CBR and its teaching, while engaging them collaboratively in developing the curriculum.

Result:

The Canadian team visited Universidade Lurio for three weeks in March 2013 and due to the extremely hectic faculty schedule it was elected to trial the curriculum with three different groups of health sciences students, which led to the development of 8 student group research projects with each group having a Universidade Lurio faculty supervisor. Community health faculty members were given an introductory session to the curriculum and individual faculty supervisors of each of 8 student research projects were invited to sit in on the trialing of the curriculum. During the Canadian team's second visit, two, 6 hour, introductory sessions to the curriculum were held for all community health faculty members. Due to the extremely busy schedules and heavy class loads of the faculty only a small percentage of the group were able to attend. The faculty that did attend found the introductory sessions informative and helpful but didn't feel they were ready to teach the curriculum. We did have several faculty members that took a great interest in the curriculum and we feel two would be able to teach the curriculum in the future.

To create community capacity to partner with UniLúrio on an ongoing basis, doing so collaboratively with existing community structures and relationships.

Result:

All the groups developed liaisons with community members as part of their research project. It was difficult to develop these fully at times due to some political unrest and the short time given the teams to develop and carry out a research project. (6 months). The projects did enhance the students' abilities to solidify community relationships and introduced them to the joys and challenges and intricacies associated with community development.

To identify university and government policies to facilitate CBR training and implementation in Mozambique.

Result:

We did find a number of challenges to ongoing training and research implementation during our project. These will be fully elucidated in the following narrative but included issues around how to flow funds to student researchers, working with a community in politically charged times, developing a strong research project while carrying a full student course load, supporting learning by distance, and finally, clear, consistent communication between and among faculty and team members.

In conclusion we have met our main objective and dealt well with the challenges of reaching all our intermediate objectives.

Project Activities:

September 2012- March 2013 (3 week visit)

Monthly Skype meetings were held from September 2012 through to March 2013 to collaboratively discuss and develop a curriculum on Qualitative community-based participatory action research. Dr. Sheryl Mills and Dr. Ron Siemens took all the information and developed the final product which was circulated for everyone's comments.

March 2013-April 2013

A team of three people travelled to Universidade Lurio in Nampula, Mozambique in March 2013 for a three week visit. The curriculum was trialed with three different groups of health sciences students. These included approximately 40 second year medical students, 8 fourth year medical students and a group of 4 final year optometry students together with 4 first year junior optometry faculty. Each group was taught the curriculum in 9, three hour sessions by the visiting team. Faculty supervisors were invited to sit in on all the teaching. 8 research projects were developed during this time.

The team was comprised of:

Dr. Ron Siemens (Canada) Project leader

Timothy Siemens: (Canada) Education Expert

Cipriano Dyeja (Mozambique) Community development expert.

April 2013-October 2013

Skype meetings were held periodically between the team members and specifically with the leaders of each of the projects and their supervisors to discuss any ongoing successes and challenges.

The curriculum and its delivery to students at Universidade Lurio was presented as a workshop at the University of Saskatchewan Global health conference, September 2013 and as a poster presentation at the Canadian Conference on Global health in Ottawa, October 2013.

November 2013-December 2013: (2 week visit)

A second visit was made by the Teaching team:

During this visit the team met with each of the groups and reviewed qualitative data analysis, dissemination of results and helped the groups with any questions they had regarding their project. They also held two, 3 hour, sessions for faculty to give them a hands on introduction to

the curriculum. Finally, extensive meetings were held between Dr. Siemens and all stakeholders in the project to discuss future steps in the partnership.

The team comprised of:

Dr. Ron Siemens (Canada) Project Leader

Dr. Sheryl Mills (Canada) Curriculum Expert

Carlyn Seguin (Canada) Evaluator of Project

Cipriano Dyeja (Mozambique) Community development expert

Ms. Carlyn Seguin did an extensive independent evaluation of the project and her report can be found in Appendix D.

January 2014-March 2014:

Ongoing discussion through email and Skype was held to finalize the projects and tidy up any last minute issues. Two projects were completely finished by the end of the project period and opportunities to publish these will be followed. They will also be attached to this report.

The final report was written and circulated for comments to the team members

What was learned by project's implementation and management of activities?

Several key issues were identified.

1. We had planned to hold a seminar first to train the faculty on how to teach the curriculum but due to a very hectic university schedule it was hard to find a block of time for the faculty to attend. In retrospect, we would have had more success if we had picked 4 faculty members with a specific interest in the area and focused on teaching them the ins and outs of the curriculum and then trialed the curriculum with the students.
2. The curriculum was a trial and not required learning for the students so they were forced by their schedule to do all the work on their research projects in non-academic time and not receive official academic credit. Having said this, part of their academic requirement in their overall studies is to decide on and carry out a research project so this did give them the opportunity to fulfill this requirement. By the end of the project 6 groups had not finished but supervisors are still working closely with them and expect the projects to be finished and ready for dissemination by September 2014.
3. Our Canadian team had some difficulties with unexpected commitments in Canada and so we had to make substitutions of people who went to Nampula. These were unavoidable situations but we were able to find excellent people to fill in the gaps.
4. The opportunity to have support from the University of Saskatchewan Global health-Making the Links program in providing an independent internal evaluator was invaluable.
5. Communication was challenging to ensure all team members were fully aware of upcoming events. Despite some challenges in scheduling, team visits were effective and enjoyed by all.
6. I think that several short visits by our Mozambican consultant in-between team visits may have helped the UniLurio preceptors and student groups answer and work through some difficulties with more success.

Project Outputs:

1. Qualitative Community-based Participatory action research (CBPAR) curriculum along with teaching appendix, PowerPoint presentations and student handouts in both English and Portuguese See Appendix A.
2. Two Finished CBPAR student projects which will be sent to several journals for possible publication. The 6 remaining projects are still underway and the supervisors tell us they expect these to be brought to conclusion and possible publication by September 2014.
 - a. As crenças dos jovens e adultos moradores do bairro de Mutauanha sobre as origens da cólera.
 - b. The beliefs of adults and youth inhabitants of the neighborhood of Mutauanha on the origins of Cholera
 - c. Eficácia dos Serviços de Saúde Visual na Clínica de Optometria, Nampula. See Appendix B
 - d. Efficacy of the Visual health services in the Optometry clinic in Nampula. See Appendix C
3. Approximately 60 students at UniLurio were taught the CBPAR curriculum and gained an excellent introduction to qualitative research principles based in the community. They were all highly complimentary of the innovative interactive teaching method used in this curriculum.
4. 10 faculty members at UniLurio were introduced to the curriculum and spent time familiarizing themselves with facilitation methods used in it.
5. Community members were involved in all 8 of the projects and gained some clearer understanding in the process of community based research and how the community can be closely connected to the process and results.
6. Four professors at UniLurio developed further skills in supervising qualitative CBPAR projects.
7. The project, curriculum and outputs were highlighted in a poster presentation at the 20th Canadian Conference on Global
8. Health in Ottawa, October 27-29th and presented as a workshop at the University of Saskatchewan Global Health course.
9. A strong connection between our Universities was made and steps toward furthering our partnership in other activities were made. This resulted in the development and submission of a joint proposal for funding to work with the local community on decreasing Maternal and Newborn mortality. It was submitted to the Grand Challenges Saving Lives at Birth initiative and is soon to be submitted to IDRC/FATDC/CIHR's The Innovating for Maternal and Child Health in Africa program
10. The curriculum was presented to University of Saskatchewan medical students in the Global Health certificate-Making the Links program
11. Universidade Lurio has stated they will embed the curriculum in their community health research teaching block each July. Dr. Siemens has offered to assist by distance through Skype if necessary to help the teaching staff.
12. The computer system was enhanced to allow community mapping and close follow up of community connections by students and staff.

Project Outcomes:

1. The faculty and students were not familiar with qualitative research principles and the innovative, interactive curriculum was readily received and resulted in much greater understanding of qualitative research and deepening of these skills through student project development and implementation. Students now have a much clearer view of research as a whole and are taking a more reflective practice approach.
2. This program has strengthened our partnership with Universidade Lurio and taught us ways to work more efficiently together to serve the students and the community. It has led to the development of a new grant proposal to work together with a local community to decrease maternal and newborn mortality. This proposal has been submitted to Grand Challenges Saving Lives at Birth.
3. Community connections have been made in all 8 projects and have led to stronger ties with the local members of the community.
4. The enhanced computer network has allowed community mapping leading to easier access and support of the community.
5. The curriculum and faculty facilitation introduction has led to the University stating it will continue using this curriculum in its community research teaching block each July.

We learned that the interactive workshop approach was highly effective and desired by students. It was not a typical teaching method used by faculty at UniLurio. We learned that in future the research teaching has to be during dedicated academic time and given academic credit as this will provide the time needed to finish projects and the accountability. 6 of the projects did not finish on time due to a number of difficulties but the biggest of these was that the curriculum was given as a non-credit add on to their already busy course load. Teaching a small group of faculty intensively and then co-teaching the curriculum with them to the students would have been a preferable and probably more effective method to enhance capacity and sustainability but this was limited again by a very hectic schedule for each faculty member. We found that the personal face to face meetings with the Mozambican faculty were most effective compared to Skype meetings. We think that possibly some other visits by our Mozambican community development expert to act as a resource and support person may have helped more projects to be completed.

Overall Assessment and Recommendations:

1. We found our colleagues at University of Alberta and McMaster were invaluable as expert resources. They provided gender equity information, Portuguese translation services and sage advice due from their years of global health experience. I think we could have developed these connections even more but given the time and funding this was not possible.
2. We feel that this project provided a strong well balanced innovative interactive qualitative research curriculum to faculty and students who had not had any experience in this area. It is being embedded in their ongoing community research program and will provide many students with a strong introductory base in community based participatory action research. It has also helped us build a network of partners so that we can approach other community health issues in the local community. It has been well worth the time, money and effort to see students develop life long skills in research and seek to practice reflectively.

3. As mentioned before we would try to present the curriculum to UniLurio slightly differently. We would pick a small cadre of professors and teach them the curriculum and then co-teach it with them to the students.

Acknowledgements:

This has been a great learning opportunity for me as project leader. I have learned research, management, cross-cultural and leadership skills that will do me in good stead as our partnership moves into the next phase. I want to take this opportunity to thank IDRC for its ongoing tremendous support over the last two years. Thank you so much to Dr. Paulo Pires and Laize Botas, our African colleagues who made this all possible.

I would like to especially thank Dr. Sheryl Mills for her outstanding educational information, hardwork and encouragement.

Many thanks to Carlyn Seguin for her superb evaluation work and to Timothy Siemens for his pedagogy and unending energy.

I would like to thank the University of Washington team for the use of their curriculum on Community Based participatory action research as a guide. It is cited as:

The Examining Community-Institutional Partnerships for Prevention Research Group. *Developing and Sustaining Community-Based Participatory Research Partnerships: A Skill-Building Curriculum*. 2006. www.cbprcurriculum.info

I would like to thank Sadaf Shallwani and Shama Mohammed from the University of Toronto for the use of their curriculum as a guide. Individual.utoronto.ca/sadaf/resources/cbpr2007.pdf



APPENDIX A:

March

2014

Evaluation of Community-Based Research in
Mozambique: Expanding Health Sciences Teaching in
Nampula

Carlyn Seguin

The following document is an assessment of the team
environment and participant evaluation of the
Community Based Participatory Action Research
Project.

Methods

As an overall assessment and evaluation of the project several investigations were undertaken to better understand this project from the perspective of both the team and the participants. These methods were used to create a holistic impression of the overall success of the partnership between the Canadian and Mozambican communities, to assess the level of cooperation experienced by the team members and to seek input from the student researcher participants in the project.

Team members on both the Canadian and Mozambican sites were asked to complete an online survey designed to understand both their roles within the project and their perceptions of the success and overall impact of the project.

Several in-person and Skype interviews were performed to offer a more in-depth analysis of individual attitudes and understanding of the project. This also served as an opportunity for team members to bring forward any perceived difficulties, issues or recommendations for future partnerships or projects.

Focus groups with the participant students were performed to gauge the impact for participants and to seek recommendations for future projects and to better understand the dynamics of the current project.

What we were not able to investigate in this evaluation is the impact on the community as experienced by the community.

Surveys

Every member of the Canadian and Mozambican research team was sent a survey that they were asked to complete online. Of the 36 members surveyed, there were 22 responses. The responses were anonymous.

Please see Appendix 1 for full survey.

The responses via survey were overall, quite positive of the project, its' management, and the results seen to date. Overwhelmingly, the team felt that the project was exceptionally valuable to both the Canadian and Mozambican partners and that the relationships made were valuable in future endeavors. There was a strong interest in seeing the current project succeed and in entertaining possibilities for future collaborations between the University of Saskatchewan and UniLurio.

The team felt that it functioned well in terms of teamwork and that it was adaptable to changing circumstances as they came. One of the common themes throughout the responses was that team had strong leadership in Dr. Siemens. They felt that his

dedication to the project and enthusiasm acted as a strong motivating factor for other members of the team to continue their roles in the project. They felt that their roles within the project were both fitting to their personal skills and interests and allowed them the opportunity to broaden their knowledge base and connect with other individuals with whom they can share knowledge and develop professional relationships.

The self-reported engagement in the project was relatively low, and averaged a 3 out of 5. Some members of the team self-reported that their own engagement was hindered by their pre-existing workloads and the additional workload of the project. They generally reported that the workload seemed equally distributed among team members. However, a small group of respondents felt that the team was not always effective at delegating workload, which resulted in the same individuals carrying much of the organizational burden.

Among the recommendations team members made for enabling their increased participation were that there be increased time in their own schedules for projects of their interest. Among others, they mentioned that more face to face interactions would have increased their feelings of participation in the team and that more knowledge of Portuguese language would have helped them feel more connected to the Mozambican team members. There was also a feeling that there was a lack of engagement by the Mozambican teachers, as seeing the value in teaching and perpetuating the curriculum.

Among the reasons that team members felt they remained engaged were the supportive attitudes of the other team members, specifically, the coordinating physician Dr. Siemens. The enthusiasm of the participating students was highly motivating for the team members. The reports on the successes and interim outcomes served as evidence the project were making a difference in both the medical education of physicians and the health outcomes of the community members. The importance of the project and the desire to see the outcomes enacted in the community, as well as the research deliverables as contributions to the development of both communities and academic investigations were also listed.

Of the stated short-term outcomes, the majority of respondents identified the same 3 outcomes as most important. Those were:

- *Faculty are capable of teaching CBR to health science students*
- *Increased attention to and collaboration around CBR content and issues in Mozambique, collaborating Canadian institutions, and internationally*
- *Community-based research projects are completed and results are shared*

These outcomes were also among those as reported to be the most successful. As the program was only finishing the first round of educator training and student research projects, the long-term outcomes were generally reported as not yet observable, however,

the team felt strongly the program would yield positive results in those outcomes as well. Future evaluations will be necessary to assess the long-term outcomes of this project.

Interviews

17 interviews were performed in-person and via Skype in order to elaborate on the responses from the survey. Within these interviews, I was also able to reach tangential team members, such as the teachers undergoing the curriculum training that were otherwise unreachable by the evaluation. The interviewees were each asked to elaborate on the functioning of the project team, the resources available and any further comments regarding the progress of the project.

The team members feel that the communication of the Canadian and Mozambican teams was greatly facilitated by the monthly Skype meetings. They felt that even with the time constraints, unreliable internet access in Mozambique and language barriers, the meetings were valuable in facilitating relationships and maintaining functional communication.

While the team felt they had sufficient human resources to accomplish the outcomes of the project, they also felt that the Mozambican teachers asked to learn and train the students needed to have more time dedicated to learning the curriculum in advance of having to supervise students. Qualitative research was a new topic amongst both the educators and students at UniLurio and they felt that they were unprepared to act as experts in the subject matter when supervising their students.

One of the most prominent themes to come out of the interviews was that there was strong enthusiasm for the project. The team members were very clear on the importance of the subject matter being taught at UniLurio. The teachers were very excited at having the opportunity to be trained in qualitative research. The team members also felt that the upcoming benefits to the communities would have significant impact for the members of those communities. As the first research projects focused on building relationships with the communities and understanding the needs within those communities, the following projects can be more focused on creating interventions in partnerships with community members.

The team also felt that the current funding the project was receiving was ample to accomplish the tasks they laid out in the project plan. There were some discrepancies with students receiving their funding from UniLurio. This caused issues for both the students pursuing their research projects, as well as the teacher supervisors who spent time advocating for their students to receive their funding. Students were often made to stall their activities which prevented them from fulfilling the requirements of their projects. After these issues were identified, the monies were instead held by one supervisor at UniLurio, and students were able to access their funding more easily.

The time frame of the project was also appropriately built into the pre-existing academic schedule to align with their required deadlines. The academic review panels were timed

to allow students enough time to progress with their research programs. Even when students were required to revise their protocols, there were ample opportunities to resubmit their work for approval.

Many of the Mozambican team members felt they would have difficulty maintaining the level of success the project has already reached without the funding and participation of their Canadian counterparts. While this was not the impression of the Canadian team members, who felt that there was a reasonable foundation of engaged teachers and students on which to build future research. The concerns of the UniLurio team members, was that their already busy schedules would prevent the qualitative research curriculum from becoming a mainstay in the medical education.

Focus Groups

The focus groups were an opportunity for the students to work within their teams to communicate their experiences as student researchers in the project. The students were asked to discuss within their research teams the questions offered and to deliver a unified response.

Due to language barriers, the questions were posed in English and translated into Portuguese. The students were then asked to consider the questions and submit their written responses on paper. These submissions were then translated back into English by an external native-Portuguese speaking consultant.

Members of all 8 of the student groups were present and participated in the focus groups. The students were very eager to participate in the focus groups and the depth of response was very valuable in understanding both the strengths and weaknesses of the project as it was administered. Students were encouraged to be honest as their responses were anonymous.

Each of the student groups were at varying stages in their research projects and offered very valuable insights into the project, their experiences with it and how to improve on issues going forward.

Please see Appendix 2 for Focus Group questions.

Themes

Learnings

One of the questions asked of the students was to explain what they learned from participating in the program. The results are shown below.



As per the outcomes of the project, the students stated that through participation in the project they have an increased understanding of how to develop and implement a research protocol that will meet the academic standards of educational institutions, with the intention of ultimately publishing in academic, community and other venues. The students were responsible for designing their research protocols with the input from the community members targeted by the students' projects.

The students second most stated learning outcome from participating in the project was their increased understanding and skill for working in and with communities. There was a significant statement of an increased appreciation for the intricacies of partnering with communities for shared beneficial outcomes. Students developed relationships with their communities and developed bonds that encouraged them to create meaningful outcomes for the members of the communities.

Through participating in the project the students also stated that they received an advanced understanding of the difference between qualitative and quantitative research designs. Qualitative research is not something that was previously covered in the curriculum at UniLurio, and quantitative research design is only minimally featured. The students appreciated the opportunity to learn research skills in an applied manner that both benefitted their medical education and members of their local communities.

One of the unexpected outcomes from this project was that the majority of teams involved stated that one of the most prominent learning they experienced from this project was how to work collaboratively in teams. They felt this program was very effective in teaching the students how to create group structure in a way that capitalized

on members' strengths and allowed the team to be efficient and effective in their stated outcomes.

Barriers

The students also identified some barriers to their full participation in the project. The image below is a representation of what their most common issues were.



Students felt strongly that the two primary barriers they were experiencing were time constraints and lack of access to money.

Medical students in any university have very demanding schedules, this is no less true of UniLurio students. The students felt that the creation of these projects was very time consuming in already busy academic workloads. The realities of a community based research project can include several community consultations, focus groups or interviews and establishing a relationship with the communities with which they are working. This required at times, extensive travel and time commitment from the students. The students felt that they required more time freed from their existing class schedules to better participate in the project.

This time constraint seems to have been exacerbated by the perceived lack of support by their academic supervisors. This project was deployed to both the educators and students at the same time. This left the educators in a learning stance at the same time as they were responsible for mentoring their students. The students felt that this left them

unsupported at times as they were often relying on guidance from their supervisors that the supervisors were unprepared to provide.

The students had complaints about their access to funds that were set aside within the project to assist them in involving community members in the projects. Offering food and refreshments to participants is customary and each team was allotted a specific amount of money with which to perform these tasks. The students acknowledged that the amount would have been sufficient if it were accessible. They stated that the bureaucracy of the university made it exceptionally difficult to be reimbursed for appropriate expenses. Some groups were unable to obtain any reimbursement at all.

Community

Through working with communities the students stated that they are achieving several results, which primarily focus on their own education and benefit.

The students stated that the most significant impact through working with the communities is in their own skills and knowledge. They claim that they are currently receiving more from their relationship with their communities as they are only beginning to understand the outcomes of their research projects. One group did mention that they were able to affect some members in behavioral changes that would benefit their health.

The students do acknowledge that their presence in the community is encouraging more participation by community members in directing the flow of information from the community into the academic and medical arenas. The students have met with, worked with and partnered with members of a community that would have not necessarily have had the opportunity to influence change in their health care environments.

As the research projects progress, the students are encouraged to bring the results back to the communities and help them implement changes that will bring about better health outcomes, continued development and solidify relationships. When asked how they plan to disseminate their results, the students' primary answers were to do so through local means first. The students identified local radios, public forums, town hall meetings and academic presentations as their preferred means to communicate their findings.



Comments

When asked to provide comments on the project, students were free to elaborate on any aspect of the program they generally chose to expand on the benefits of the program.

The students are very excited to be involved in a program that enables them to work with their community members and to hone their research skills. The students were also very pleased to have the opportunity to participate in a novel project that gave them access to networking opportunities with a Canadian institution. They stated that this program has given them the opportunity to build positive outcomes for the communities and the students.

3. As the program was taught to the educators at the same time as the students, there was occasional confusion between the students and supervisors. Professors would have preferred to have been more familiar with the content of the curriculum and the facilitation techniques that they would be employing in the projects. Ideally, there would have been a small group of professors that could act as curriculum champions. These individuals would have functioned to both mentor other professors, as well as students.
4. More effective delegation organizational duties may have encouraged team members to take a more participatory role in the project. While the leadership of this project was strong, duties often fell to a small group of individuals, when there was capacity throughout the other team members.

Appendix 1

Nampula Project Survey

Evaluation is a key part of any research. As a member of the IDRC funded “Community-Based Research in Mozambique: Expanding Health Sciences Teaching in Nampula” project you are being sent this survey so that we can get a clear, complete understanding of what you have perceived and experienced during the project. We would also like to know what you think the successes and challenges of the project have been. This survey should take less than 15 minutes and we thank you ahead of time for your contribution to this evaluation.

At the outset of this project several outcomes were identified as both immediate and long-term goals.

Immediate Curriculum and course content was produced and piloted for UniLúrio Faculty are capable of teaching CBR to health science students.

Trained students, with practice experience at UniLúrio Formed community partnerships capable of interacting with UniLúrio and students on CBR and CBR projects.

Increased attention to and collaboration around CBR content and issues in Mozambique, collaborating Canadian institutions, and internationally Community-based research projects are completed and results are shared.

Identified and shared supportive university policies Identified and shared supportive Ministry of Health Policy.

Establish an international collaboration that responds to the needs of Mozambique

Long-term: Increasing numbers of health workers capable in, and practicing community-based research to engage communities in their own health improvement.

Increased capacity to do and teach community based research for health un UniLúrio and Canada.

Increased community participation in their health improvement , especially in Nampula, but eventually also in other parts of the country.

Increased international understanding about Mozambique in Canada.

What was your primary role in this project?

How do you feel this role applied to your specific skills and or interests?

How would you rate your level of engagement in the project?

Based on your perspective, what are the 3 outcomes were the most important to you? Please rank the 3 most important outcomes this project focused on, with a 1, 2 and 3. 1 being most important

Variable

Response

important | Identified and shared supportive university policies

Based on your perspective, what are the 3 outcomes were the most important to you? Please rank the 3 most important outcomes this project focused on, with a 1, 2 and 3. 1 being most important | Increased international understanding about Mozambique in Canada

(No response)

To what extent do you believe the project team has achieved the immediate outcomes stated in the project:

Variable

Response

Variable	Response

To what extent do you believe the project team has achieved the long-term outcomes stated in the project:

Variable

Response

--	--

To what extent do you believe the project team has achieved the long-term outcomes stated in the project: | Increasing numbers of health workers capable in, and practicing community-based research to engage communities in their own health improvement

(No response)

To what extent do you believe the project team has achieved the long-term outcomes stated in the project: | Increased international understanding about Mozambique in Canada

(No response)

On the scale please rate your answers to the following questions:

The team's overall engagement in the project
Please explain

The team's response to changing external circumstances
Please explain

The team's response to changing team participation
Please explain

The distribution of workload among team members
Please explain

How well the members worked together
Please explain

Please offer any general comments on your observations regarding the team environment on this project.

What barriers have you personally encountered that may have prevented you from being fully engaged in the project?

What would have enabled you to more fully engage in the project?

What were the factors of the project that kept you engaged?

The interim report outlined 3 challenges. To what extent do you believe the project team has addressed the challenges.

Variable	Response

Please offer any final comments on your experience working on this project.

Appendix 2

Student Focus Group Questions

1. What did you learn from participating in this program?
2. What were the difficulties in participating in this program?
3. What are you achieving in working with the community?
4. What are the next steps to your project?
5. What is the impact of the project to the community?
6. How will your research methods proceed in the future?
7. How are you sharing your research results?
8. Any other comments on this program?

APPENDIX B: CURRICULUM IN ENGLISH
UniLurio Community-Based Participatory Action Research Curriculum

GUIDING PRINCIPLES, VALUES, AND ATTITUDES

Research for meaningful community change is based in developing research questions *with* the community based on what the community wants to know

Be clear on the purpose for the research e.g. to effect change in the community, publish in a scholarly journal or develop a government policy.

Community partners are valuable partners in learning (research *with* rather than research on)

Carrying out research is an opportunity to learn and grow (rather than a requirement for academic survival--“publish or perish”)

Research is a contribution to “community”

Having the necessary computer skills and applying them are necessary tools for conducting research.

LEARNING OUTCOMES

By the end of this course students will be able to:

1. Build relationships with their various communities (mayor, traditional healer, and colleagues) to carry out meaningful community-based research and determine a community-based need for knowledge and understanding.
2. Work with local health care workers to participate in and contribute to research
3. Carry out a short community-based research project. [\[1\]](#)[\[2\]](#)

Discreet skills:

- Clearly articulate a well-defined research question
- Compare methodologies based on their underlying assumptions, strengths, and weaknesses.
- Choose an appropriate research methodology with justification
- Explain how ethical, ideological, philosophical, socio-political, economic, and contextual factors influence research design, and respond to these in their own research.

- Consider the practical and theoretical aspects of a range of strategies for generating, documenting and working with data, and producing research reports.
 - Find and generate information and data that is needed, using appropriate methodology
 - Critically evaluate information and data, as well as the process to find and integrate them
 - Organize information that is collected and generated
 - Synthesize and analyze new knowledge
4. Communicate knowledge and understanding, as well as the processes used to generate them

Discreet skills:

- Write up a document and send to appropriate people for publishing. This should include a well-annotated academic paper as well as a clear summary that is understood at a community level
- Choose methods and styles of communication appropriate for different audiences communities, government organizations and academia.

[1] Course aims/outcomes from the Research Methodology Short Course September 2003, Rhodes University Environmental Education Unit, Australia-South Africa Institutional Links Project (p.1-2).

[2] Willison, J. and K. O'Regan (2007). Commonly known, commonly not known, totally unknown: a framework for students becoming researchers. Higher Education Research and Development. 26(4): 393 - 409. <http://www.gradskills.anu.edu.au/research-skill-development-framework>

Principles:

- Develop an attitude of reflective practice through modeling and instructional opportunities.
- Develop a plan for dissemination of findings at the beginning of research planning.
- Acknowledge flow of knowledge comes from the community and that community is empowered through their own ways of knowing and acting.
-
- Determine what members expect and want out of the "research." Members may include:
 - a. University -academic demands
 - b. Hospital – service demands
 - c. Government - Ministry, provincial and local issues
 - d. Community partners
 - e. General public;
 - f. Funding agencies.
- Be explicit about how health practices impact or are impacted by other systems.
- Understand the limits of the research and what can be achieved.
- Understand personal limitations.
- Know the ethical responsibility to those who are the partners and subjects of the research.
- Be aware of different groups and their specific needs for access to knowledge:
- Be aware of the relation between knowledge and power.

What is to learn in the whole course:

1. An awareness of the dimensions of Community Health i.e. working with community partners; working from their needs to solutions; building projects *with* the community.
2. Methods for building a research project: building a good question; developing a methodology (qualitative research); collecting data; analyzing the data; dissemination of findings
3. Defining Community Health as a field is important: working with the community to effect healthy outcomes.
4. Participatory action research: going to the community to discover what they see as their needs and deciding with them what questions need to be answered in order to advance the health of their community.

Structure: 3-2 hour in-class sessions per week, 4 hours field work per week.

Workshop process-driven in-class sessions will include:

- Learning from best practices/model examples;
- Brainstorming
- Large and small group discussions
- Cooperative Learning
- Mini-lectures
- Instructions on the process
- Giving resources learners are to use
- Experiential learning that involves performing or acting out specific situations
- Experimenting with specific forms of community dissemination, whether presentation to Ministry or community groups
- Specific modules dealing with sensitivity to community needs or the way communities might think/feel
- Sensitivity interactions: being able to notice how a group is responding; self-awareness e.g. of hierarchical relations; how to increase empowerment of research subjects and community

This course will be taught as, closed inquiry with a high degree of guidance to begin with and moving to open inquiry with structure.

Learning Outcomes

1. Build relationships with their various communities to carry out meaningful community-based research and determine a community-based need for knowledge and understanding.

2. Work with local health care workers to participate in and contribute to research

3. Carry out a short community-based research project

Assignments:

Assignment 1: At the end of the first week, 3rd class, the students' groups will each hand in a copy of their fully developed research question.

Assignment 2: At the end of the 2nd week 6th class, the students will hand in:

A: a copy of what methodology they will use and why.

B: a list of the community partners they will be working with.

Assignment 3: At the end of the 8th class the students will hand in a copy of their plan to disseminate their research information

Assignment 4: During the final class period, 9th class, the students will give a presentation that shows the students' research plans for their group's long-term project. The presentation will include:

- **Community partners**
- **The research question**
- **The proposed methodology**
- **Data collection plan**
- **Analysis plan**
- **Dissemination plan**

Assignment 5: At the end of the final class period in the research module learners will be required to submit a short paper describing what they learned from the research module. One to two pages in length.

Assignment 6: A presentation in November 2013 that summarizes the completed research project. The poster will include:

- **The research question**
- **Methods used**
- **Data collection**
- **Analysis schema**
- **Results**
- **Discussion**
- **Dissemination**
- **Implications for practice**
- **Further associated research questions**

Assignment 7: At the end of the research project in November 2013, learners will be required to submit a short paper describing what they learned from the research experience. One to two pages in length.

Week 1: Defining "Research"

Main topics:

- What and Why of research –becoming a reflective practitioner
- Specifics of community-based research and benefits and how it is different from clinical and bench research.
- Understanding the importance and value in collaborating with community partners in the research process.
- Who are the community partners?
- Why this question now?
- Who benefits from knowing more about this topic and how do they benefit?
- Formulating research questions

Learning Outcomes

Students will be able to:

- Compare and contrast bench research, clinical research, and community-based research
- List the benefits of community-based research
- Define the community
- Identify topics suitable for community-based research from their own experiences
- Explore builders and barriers to successful community-based research
- Discern a “good question” from a list of possible research questions
- Clearly articulate a well-defined research question
- Find and critique an academic paper related to the topic of their research question
- Contribute effectively in their task groups

Week 2: Doing Research

Main topics:

- How to find the answer to your questions-
- Choosing methodologies (focus group, interviews, surveys, , literature review, action research)
- Collecting and organizing data
- Determining the reliability of data
- Analyzing data

Learning Outcomes

Students will be able to:

- Define qualitative, quantitative, and mixed methods
- Discuss the suitability of at least three methodologies in light of a variety of research questions
- Choose a research methodology for their research question and supply the rationale for that choice
- Develop a plan for data collection and organization related to their research question
- Identify an appropriate data analysis strategy

Week 3: Moving Findings Forward

Main topics:

- How to write a discussion on your research results (What did you learn?)

- Identifying audience (Who wants to know and who do you want to know)
- Methods of dissemination

Learning Outcomes

Students will be able to:

- Demonstrate how “dissemination” begins with the first discussions about the research plan.
- Clearly articulate their findings and the relevance of these findings to their peers.
- Develop a dissemination plan for their findings indicating the rationale for their choices of dissemination styles and intended audiences
- Share findings with their community partners
- Create a research plan for their long-term project

Week 1: Defining “Research”

Main topics:

- What and Why of research – becoming a reflective practitioner
- Specifics of Community-based research and benefits and how it is different from clinical and bench research.
- Understanding the importance and value in collaborating with community partners in the research process.
- Who are the community partners?
- Why this question now?
- Who benefits from knowing more about this topic and how do they benefit?
- Formulating research questions

Learning Outcomes

Students will be able to:

- Compare and contrast bench research, clinical research, and community-based research
- List the benefits of community-based research
- Define the community
- Explore builders and barriers to successful community-based research
- Identify topics suitable for community-based research from their own experiences
- Discern a “good question” from a list of possible research questions
- Clearly articulate a well-defined research question
- Find and critique an academic paper related to the topic of their research question
- Contribute effectively in their task groups

Preliminary points:

1. Part of the work early in the development of community-based participatory action research is a discussion with community partners about what *they* want to see change in their community.
2. Another ongoing discussion in the course will be the definition of community-based participatory action research and its principles of engagement, i.e. how to relate to the community, how to partner with them, how to respect their knowledge and points of view, how to listen as well as convey ideas/ information, how to be aware of those who do not have a voice in the community as well as those who do.
3. Dissemination discussion must start at the beginning of the course with a mapping of the health care system and its relation to the community and the government; i.e. who are all the stakeholders and who needs to hear about the results of the research? So this work would be done early in the program.

Week 1—Day 1

Learning Outcomes:

Students will be able to:

- Compare and contrast bench research, clinical research, and community-based research
- List the benefits of community-based research
- Explore builders and barriers to successful community-based research

Agenda:

- Introductions and Expectations
- Activity 1: The Current State
- Activity 2: What is Research?
- Activity 3: “Good” Research
- Activity 4: Define Community-Based Research and “Community”

Process Notes:

“The most important message to initially convey is that all research is observation, using all senses and methods and technologies.”

Introductions and Expectations:

1. Begin with a game to enliven the group and get to know the participants. A game we have used with good success is in the teaching appendix. We then took a photograph of each student, with his or her name tag in front of him or her. These were used to get to know the students more easily.

2. We then stated the learning objectives and assignments to the participants. I would suggest they be printed out and circulated as well. They can be found in the teaching appendix.

Focus: The Current State

Activity 1: Large group discussion (10 minutes)

Ask learners about their experience in and with communities—in their own towns/villages and health care practice so far.

1. Have you already worked with a group to make changes to improve the health of the community?
2. Have you already been involved in community-based research, either consciously or without using the name?
3. What is your One Student-One Family experience?

Possible directed questions for this exercise:

- What were their expectations when they started?
- How did the reality of the experience meet those expectations?
- What was most challenging? most rewarding?
- What did they learn about ways to interact? What might they do differently?

Focus: What is Research?

Activity 2: Small group discussion (15 mins.)

Divide participants into groups of 6. Give each group the Sonia case study found in the teaching materials appendix and ask learners to answer the associated question on a flipchart paper. Ask each group to briefly share their responses in the larger group. Later activities will relate this discussion to the concept of research. Put the flip charts up around the training room.

Activity 3: Visioning exercise and gallery walk (15 mins.)

Give each group paper and drawing materials and ask them to draw their answer to the question “What is research?” They are instructed not to use numbers or letters only occasional symbols and drawings. Each group will need flip chart paper and three colored markers.

After the drawings have been completed, ask groups to put their drawings up on the wall and have a ‘gallery walk’. A gallery walk involves participants and facilitators walking around the room like they would in an art gallery to take a look at the other’s drawings.

Activity 4: Large group discussion (15 mins)

Ask each group to present their drawing. After all the drawings have been presented, use the drawings and the case study as a basis from which to discuss the following questions and answers:

- What is research? (Research is seeking evidence to answer a question.)
- When do we do research? (We do research all the time in our daily lives. For example, your answers for how Maria might determine whether Joaquim is a suitable match for Sonia are an example of research.)
- Who can do research? (Everyone)
- What are some other examples of research that we do in our daily lives? E.g., selecting a school for our children, finding a good doctor, finding the store with the lowest prices, etc.

Summarize: We do research all the time in our daily lives to find evidence to answer questions.

Focus: “Good” Research

Activity 5: Large group discussion (15 minutes)

Ask participants: What are some of the reasons we may reach inaccurate conclusions during our research? Refer back to the case study and explore what might cause Maria to make an incorrect conclusion about her daughter’s marriage. Record answers on flipchart.

- Personal bias (e.g., if Joaquim’s looks remind Maria of someone she didn’t like, she may assume that Joaquim is like that person and initially dismiss him as a prospective husband for Sonia.)
- Inappropriate sampling (e.g., Maria asks only Joaquim’s sister about him.)
- Inconsistent research instruments/procedures with different participants (e.g., Maria asks one suitor if he smokes, but doesn’t ask another.)
- Data not conveyed properly (e.g., Maria asks a friend to find out about Joaquim but the friend exaggerates or forgets the information.)

Ask participants: What are some things we can do to avoid this inaccurate information? Record answers on flipchart.

- Systematic predefined set of procedures
- Sampling
- Be open (i.e. finds are not predetermined)
- Triangulation of data (i.e. use a variety of methods)
- Recording of data

Summarize: When all of these things are accounted for and documented, and ethics have been considered (which will be discussed in the next module), then our research is considered to be good research.

Focus: Methods of Collecting Evidence for Research

Activity 6: Large group discussion

Ask participants: What are some of the methods that we can use to collect evidence? Refer back to the case study, thinking about different steps Maria might take to find out more about Joaquim. Record answers on flipchart.

- Observation (e.g., is he good-looking, clean, well-mannered, etc.)
- Assessments (e.g., asking him his salary, dowry, whether he smokes, whether he snores, etc.)
- Interviews (e.g., talk to him, his sister, his neighbor, his teacher, someone who doesn't like him; ask Sonia what she thinks of him)
- Survey (e.g., ask everyone "Is he a good guy?" and tabulate the yes and no responses; ask him his age, number of siblings, etc.)
- Focus group discussions (e.g., asking a group of people what they think about Joaquim)

Summarize: There are many different methods that we can use to collect evidence for research, depending on what information we are looking for, and on what is appropriate given the situation. Using multiple methods can help ensure we get more comprehensive information. Some research methodologies will be explored in-depth during this training workshop.

Distribute and review handout with participants and administer

Exit survey: See teaching appendix

Required materials: Handout on Good Research (Handout Appendix)

Time frame: Watch the time. Develop a way to let groups know when they have about 5 minutes left for each of the tasks. The concepts in this are foundational to the rest of the module. This is also important for creating a sense of team.

Week 1—Day 2

Learning Outcomes:

Students will be able to:

- Define the community
- Discern a "good question" from a list of possible research questions
- Clearly articulate a well-defined research question

Agenda:

- Recap of previous class: Jot down two points they learned from last class
- Any questions or thoughts?
- Define Community
- Elements of a good question (Concept Attainment)
- Practice (in groups)
- Brainstorm possible topics for research from their experiences with One Student/ One Family (in groups)

Focus: Community-Based Research and “Community”

Activity 1: Small group Brainstorming

In small groups, brainstorm the following two questions and record responses on flip charts. We will then review the responses in the big group.

Question #1.

What is a “community”?

Question # 2.

What is qualitative community-based research and how is it different than quantitative scientific research?

Activity 2: Large group sharing

Groups share their responses to the previous two questions in the large group.

Focus: Exploring Community

Activity 3: Role Play

Preparatory work in class before the meeting with the family/community:

Give Students a Flip chart and ask them to list

- a. Priorities for Researcher
- b. Priorities for Community
- c. Ways of Finding Common Ground

Have three groups of 10 people. Each group is made up of 4 academic researchers, 4 community members and 2 recorders. Separate the researchers and the community members and tell them privately what their priorities (givens) are.

Givens for Researchers:

1. They have \$1,000 to use for the project
2. They have 6 months in which to do the project

3. Their research focus is: What are the attitudes of people in the community to those community members living with HIV/AIDS.

Givens for Community:

1. Interested in improving the economic base of the community
2. Must involve a significant proportion of the community

Have the groups stage a community/academia meeting.

Have recorders report on how common ground was reached and issues that came up. Reflect back on the flip chart priorities in the large group and summarize.

Focus: Determining “good questions”

Activity 4: Concept attainment

(<http://olc.spsd.sk.ca/DE/PD/instr/strats/cattain/index.html>)

Begin by giving the class a short example of how the Concept attainment instructional strategy works. We used the attributes of a rectangle for example.

Present example questions in yes and no categories (Appendix—Teaching Materials). Invite learning groups to distinguish what all the examples in the yes category have in common. Draw out the attributes of a good qualitative research question.

Using what they have learned have each group write out a sample good qualitative research question and hand it in. It can be reviewed by the teachers and commented on next class.

Teaching Resources:

Concept attainment data set

List of “questions” for discussion and analysis practice

Administer EXIT SURVEY: (in teaching appendix)

Handout: What is community:

http://ctb.ku.edu/en/tablecontents/sub_section_main_1020.aspx

Week 1—Day 3

Learning Outcomes:

Students will be able to:

- Consider ethical considerations related to research
- Develop a list of general ethical guidelines for research

Ethics Overview:

Participants will have an opportunity to consider ethical aspects in research. In small and large group discussions, participants discuss different case studies highlighting different ethical issues. Participants then work together to create a list of ethical guidelines to guide their own research work.

Learning Outcomes:

- By the end of this activity, participants will:
- Have considered ethical considerations related to research
- Have collectively developed a list of general ethical guidelines for research

Materials:

- Photocopies of six case studies for participants
- Plain white paper (or participants' personal journals) and writing materials
- (pens/pencils)
- Flipchart paper and markers
- Pins or masking tape to put things up on wall
- Photocopies of handouts for participants

Time:

Approximately 2 hours.

Ask for Homework at the beginning of class. An article related to their topic of research, determine the question and if it is “good” or “not”

Focus: Considering Ethics**Activity 1: Small group discussion of case studies:**

Divide participants into small groups. Give each group one of the six case studies available in Teaching Materials Appendix. Ask each group to discuss their assigned case study and answer the questions that follow in their notebooks or on a piece of paper.

Activity 2: Large group discussion

Ask one representative from each group to read out the case study and questions, followed by a summary of the group's responses. Ask for additional thoughts from the larger group, and facilitate a discussion regarding ethical guidelines in research.

Activity 3: Large group brainstorming

Record answers on flipchart and keep this flipchart in the training room, to refer back to throughout the training. Participants should also keep a copy of these guidelines, once they are finalized, for use throughout their research work.

Based on the case studies, what do you think are some guidelines for research ethics that should be maintained?

- Confidentiality (Horacio's story)
- Informed voluntary consent (Xiluva's story)

- Right to withdraw at any time (Cristina's story)
- Sharing results with your research participants (Eduardo's story)
- Special consideration for vulnerable groups in seeking consent (Silvia's story)
- Storing data without names in a secure location (Sergio and Micaela's story)

Ask participants: Based on your own experiences, do you think there should be any other ethical guidelines that should be included? (Add any new guidelines that they share onto the flip chart.)

Summarize discussion: This was just an introduction to research ethics. Because ethics are a very crucial aspect of research, we will keep coming back to research ethics throughout the course of this training and throughout our work.

Focus: Keys to Effective Community Collaboration and Participation

(Role play activity and the Ladder from the manual--page 14-17)

Learning Outcomes:

Learners will:

- Have an understanding of the concept of participation
- Be able to identify different levels of participation in program development
- Have critically analyzed participation in their own work

Materials:

- Large floor-size version of the Ladder of Participation (shown in handout), with the labels and definitions of the different levels cut separately from the ladder.
- Markers or stickers
- Pins or masking tape to put things up on wall
- Photocopies of handout for participants

Activity 4: Role-play and discussion:

Facilitators may enact this role-play available in the Teaching Materials appendix, or if time to prepare in advance is available, a few participants can be recruited to do it. After the role-play, discuss it with participants using the debriefing questions provided.

(Adapted from Hope, A. & Timmel, S. (1984). *Training for Transformation Book I*; Zimbabwe)

Focus: Levels of Participation

Activity 5: Large group activity – break into two groups of 15

Lay the large Ladder of Participation (just the ladder, without the definitions) on the floor in the center of the room and give participants the separate definitions of the different levels of participation. Ask the group to discuss and decide where the different definitions of the levels of participation should be placed on the ladder, to show the progression of participation from the least participation to the most participation. Throughout the process, try to ensure that other participants agree when somebody arranges or rearranges something on the ladder.

Give examples from previous discussion and ask the students to place them on the ladder.

Ask what research they have seen in communities and where it falls on the ladder.

Activity 6: Brainstorming:

In small groups brainstorm about barriers to participation and write them on flip charts.

Each group nominates a spokesperson to present these to the large group.

Summarize the discussion, reminding participants that the concept of participation is complex, and there are many barriers to participation.

Distribute and review handout on Research Ethics with participants.

Activity 7:

Ask participants to answer the following questions, in reference to the large group activity and/or the small group discussions, on a piece of paper which they submit to the facilitators at the end of the day.

- (a) Did I feel listened to in the group discussion?
- (b) Did I listen to others in the group discussion?
- (c) Was I part of the final group decision?

Review participants' answers in the evening, and debrief with them next class. Relate this back to the discussion of participation.

Week 2: Doing Research

Main topics:

- How to find the answer to your questions.
- Choosing methodologies e.g. focus group, interviews, surveys)
- Focusing on Action Research
- Collecting and organizing data
- Determining the reliability of data
- Analyzing data

Learning Outcomes

Students will be able to:

- Define qualitative, quantitative, and mixed methods
- Discuss the suitability of at least three methodologies in light of a variety of research questions
- Choose a research methodology for their research question and supply the rationale for that choice
- Develop a plan for data collection and organization related to their research question
- Identify appropriate data analyses strategies

Week 2—Day 1

Learning Outcomes:

Students will be able to:

- Define qualitative, quantitative, and mixed methods
- Sort various methodologies into the three general categories
- Identify research methods suitable for gathering data in community-based action research
- Discuss the stages of action research.
- Discuss the notion of participation in action research.
- Understand practical examples of research studies in light of concepts of participatory action research.

Resource: Manual on Participatory research by Shallwani and Mohammed U. of Toronto 2007 page 18-23

Materials:

- Pictures or text representing the different stages of the action research cycle or have students draw the “Action Research Cycle”
 - Formulating a research question
 - Planning the study
 - Collecting data
 - Analyzing data
 - Developing actions based on data collected
 - Analyzing/reflecting on actions
 - Disseminating results
- Flipchart paper and markers
- Pins or masking tape to put things up on wall
- Photocopies of handout for participants

Introduction of the Day

1. Review Ethics and Participation by the community from class by asking what the students remember and then bringing attention to the appropriate flip chart from that day on the wall. (A reminder here to teachers that each day the flip charts from all previous lessons should be posted on the wall to allow a continuity of learning.)

Focus: Defining qualitative, quantitative, and mixed methods of research.

Activity 1: Lecture (20 mins)

- Give a short overview and definition of the three categories. Lecture can be found in Nampula PowerPoint file
http://www.xavier.edu/library/help/qualitative_quantitative.pdf

- **Focus: Action Research**

Activity 2: Large Group Discussion (10 mins)

Introduce participants to the concept of Action Research: Action Research is research in which change for the better in the community (action) is an integral part of the research process (as opposed to conventional research, where change may or may not be part of the research process).

Begin with the following questions for the group to focus on the elements of the Action research cycle

What have you learned outside of academics?
 Why did you want to learn that?
 What were your measures of success?
 What did you do to improve your success?

The answers to these questions above highlight the action research cycle of

Raise a question
 Plan to seek answers
 Intensively seek answers
 Analyze
 Plan and implement new actions
 Stop and reflect on current situations and actions
 Raise a question

Activity 3: Small group activity (10 mins)

Hand each group illustrations or text that represent the specific elements of the action research cycle. Have each group arrange these in appropriate order. Have each group present their arrangement so that participants are clear about what the illustrations represent and what each stage entails. After the action research cycle is complete, put it up on a wall in the training room.

Activity 4: Large group discussion (15 mins)

Review the notion of participation in research, and why it is important, particularly in conducting research that is relevant and useful to communities. Explain that Participatory Action Research requires that participation be promoted throughout the different stages of the action research cycle.

Present a research study with which the participants are familiar (e.g., a research project with which they or their organizations have been involved). If there is no such study, then present an example of a research study (see teaching appendix). Give the students the

copy of the phases of research in the community so they can keep track of the level of community participation in the study. (this can be found in the teaching appendix.) Use the cycle to discuss what was done at each stage of the study. If the study did not include the action component in the research cycle, this should be noted. At each stage, discuss whether that stage was conducted in a participatory manner and whether the study could be considered to be a participatory research study.

Focus: Research Methodologies

Activity 5: Jigsaw (1 hour)

Use the resources from the handout appendix on interview, survey, photovoice, and focus groups, community mapping and time line to facilitate jigsaw learning process regarding these methodologies. The jigsaw method can take more than one hour and we find that doing half in this class and half in the Week 2 Day 2 class works well. We have developed a comparative chart on the 6 methodologies that are taught with the jigsaw method. This helps the students keep track as their colleagues teach them the various methods. (this can be found in the teaching appendix.)

For information on the jigsaw method go to <http://www.jigsaw.org/>

There are other methods for which the jigsaw method can be used. They are listed in the teaching appendix.

EXIT SURVEY:

Week 2—Day 2

Learning Outcomes:

Students will be able to:

- Discuss the suitability of at least three methodologies in light of a variety of research questions
- Choose a research methodology for their research question and supply the rationale for that choice

Focus: Matching Method to Question

Activity 1: Matching

Part A: Using the Data in the teaching file on Research questions and associated methods.

In groups, students receive a list of research questions pulled from relevant articles.

Task: decide which methods introduced on Week 2, Day 1 would be best for each question. Check: distribute, from the articles, the methods the researchers used. Discuss

in large group. Rationale is that students will have an opportunity to interact with published articles while practicing matching methods and questions. Teachers can find and give two practice articles and ask the groups to find the question and methodology used in the articles.

Part B:

In the same task groups, revisit their research ideas from Week 1 and craft their research question and which methodology to use and submit at the end of the work period.

Activity/products: Students submit their question with their proposed methodology.

Required materials: articles, questions on a handout

EXIT SURVEY

Week 2—Day 3

Learning Outcomes:

Students will be able to:

- Develop a plan for data collection and organization related to their research question
- Identify appropriate data analyses strategies

Activity 1: Data Collection and Analysis Tools

Activity 1: Lecture on Inductive Approach for Analysis of Qualitative Data

Activity 2: Students continue to work on their Protocols in groups

EXIT SURVEY

Time frame: 2 hours

Required materials: Lecture is in Nampula PowerPoint folder.

Week 3: Moving Findings Forward

Main topics:

- How to write a discussion on your research results (What did you learn?)
- Identifying audience (Who wants to know and who do you want to know)
- Methods of dissemination

Learning Outcomes

Students will be able to:

- Clearly articulate their findings and the relevance of these findings to their peers
- Develop a dissemination plan for their findings indicating the rationale for their choices of dissemination styles and intended audiences
- Share findings with their community partners
- Create a research plan for their long-term project

Resources:

Campbell, C., Nair, Y., Maimane, S. & Sibiyi, Z., Gibbs, A (2012) "'Dissemination as intervention': building local AIDS competence through the report back of research findings to a South African rural community. *Antipode* 44 (3): 702-24.

Keen, Steven & Todres, Les (2007). Strategies for Disseminating Qualitative Research Findings: Three Exemplars [36 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(3), Art. 17,
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0703174>.

In a review of the literature on disseminating qualitative research, they found that researchers attended to the “scientific concerns of qualitative research but not the communicative ones.” They recommended, “Tailoring approaches to the audience, in terms of the content, message and medium:

- Paying attention to the source of the message;
- Enabling active discussion of research findings”

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16322042>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2830105/>

This article is an interesting perspective that moves away from the more common modes of communicating research.

Week 3—Day 1

Learning Outcomes:

Students will be able to:

- Clearly articulate their findings and the relevance of these findings to their peers
- Develop a dissemination plan for their findings indicating the rationale for their choices of dissemination styles and intended audiences

Steps to be taken:

- identifying the community members
- understanding various ways that community research begins: requests from the community; information from other research findings; priorities identified and set by government, reflective practice.
- choosing the appropriate medium of communication for each group
- developing skills for different communication modes

Focus: Connecting Communication with Community

Activity 1: Brainstorm/Share 15 minutes

Brainstorm in groups of two, all the ways one could disseminate research findings.

List these as a large group.

Return to the flipchart that listed “community” from week 1.

In small groups, link community members with methods for sharing findings.

Large group discussion to summarize.

Prepare students to ask questions of the expert panel.

Activity 2: Expert Panel

Invite researchers to discuss how they share research.

Activity 3: Teach how to use PowerPoint to make a poster

Time frame: 2 hours

EXIT SURVEY

Week 3—Day 2

Learning Outcomes:

Students will:

- develop a plan to share findings with their various community partners

Activity 1: Work period to develop and then share the plans in class

Required materials: Technical support for using PowerPoint i.e. Computer lab.

Time frame: 2 hours

EXIT SURVEY

Week 3—Day 3

Learning Outcomes:

Students will:

- Review the module
- Share research plans for their long-term project in poster format (assignment 1)

Activity 1: Poster presentations

Students choose the best way to share their research question, community partners, methodology, data collection and analysis and dissemination plan with all the other groups and entertain questions from participants.

Invite members of the various communities if possible

Activity 2: Staying in Touch

Set up the support network for when they implement the research plan over the next 8 months. This will include how they support one another, communicate with the community, university and international partners.

Activity 3: Review the Course

In groups of 4, students create roadmaps that illustrate the path of the module listing key concepts, highlights, roadblocks, detours, and insights.

Time frame: 2 hours

EXIT SURVEY:

Required materials:

General Support Materials:

<http://individual.utoronto.ca/sadaf/resources/cbpr2007.pdf>

Sadaf Shallwani and Shama Mohammed 2007

The Examining Community-Institutional Partnerships for Prevention Research Group. *Developing and Sustaining Community-Based Participatory Research Partnerships: A Skill-Building Curriculum*. 2006. www.cbprcurriculum.info

APPENDIX C: CURRICULUM IN PORTUGUESE

Currículo UniLúrio

Investigação Acção Participativa Baseada na Comunidade

PRINCÍPIOS ORIENTADORES, VALORES E ATITUDES

A Investigação para mudanças significativas na comunidade é baseada no desenvolvimento das perguntas de investigação *com* a comunidade em função do que a comunidade quer saber.

É necessário definir claramente os objectivos da Investigação, por exemplo para realizar mudanças na comunidade, publicar em uma revista científica, ou desenvolver uma política governamental.

Os Parceiros comunitários são parceiros valiosos no processo de aprendizagem (realizar Investigação *com* em vez de Investigação sobre).

Fazer investigação oferece uma oportunidade para aprender e crescer (em vez de ser apenas um requisito para sobrevivência acadêmica – “publicar ou perecer”).

A Investigação é uma contribuição para a “comunidade.”

Disponer dos recursos e aplicar as necessárias capacidades informáticas faz parte das ferramentas necessárias para realizar Investigação .

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM

No final do curso, os alunos serão capazes de:

- Construir relações com as suas várias comunidades (chefe do distrito, curandeiro, e colegas) para realizar Investigação significativa baseada na comunidade e definir

uma necessidade baseada na comunidade para conhecimento e entendimento.

- Trabalhar com trabalhadores de saúde locais para participar na Investigação e contribuir para a Investigação .
3. Realizar um curto projecto de Investigação baseado na comunidade.[\[1\]](#)[\[2\]](#)

Capacidades individuais:

- Expressar claramente uma pergunta de Investigação que é bem definida.
 - Fazer comparações entre metodologias baseadas nos seus presupostos subjacentes, pontos fortes e pontos fraços.
 - Escolher e justificar uma metodologia de Investigação apropriada ao seu projecto.
 - Explicar como os factores éticos, ideológicos, filosóficos, sócio-políticos, económicos e contextuais influenciam os projetos de Investigação e responder a estes na sua própria investigação.
 - Considerar os aspectos práticos e teóricos duma série de estratégias para gerar, documentar, trabalhar os dados e para produzir relatórios de Investigação.
 - Localizar e gerar informação e dados que são necessários, usando metodologias apropriadas.
 - Avaliar criticamente a informação e os dados, bem como os processos para os localizar e integrar.
 - Organizar a informação que é recolhida e gerada.
 - Sintetizar e analisar novos conhecimentos.
4. Comunicar conhecimento e sabedoria, bem como os processos usados para os gerar.

Capacidades individuais:

- Preparar um documento escrito para o enviar às pessoas apropriadas para o publicar. Este deve incluir um artigo académico bem anotado e uma síntese clara que é compreendida a nível comunitário.
- Escolher métodos e estilos de comunicação apropriados para diferentes audiências: comunidades, organizações governamentais e academia.

[1] Objectivos / resultados do curso tirados do Curso Curto em Metodologia de Pesquisa, Setembro de 2003, Unidade de Educação Ambiental, Universidade de Rhodes, Projecto de Ligações Institucionais Austrália - África do Sul (páginas 1 a 2).

[2] Willison, J. e K. O'Regan (2007), “Normalmente conhecido, normalmente não conhecido, totalmente desconhecido: Uma estrutura para os alunos se tornando pesquisadores.” Ensino Superior Pesquisa e Desenvolvimento. 26(4): 393-409. <http://www.gradskills.anu.edu.au/research-skill-development-framework>

Princípios:

4. Desenvolver uma atitude de prática refletiva por meio de modelagem e tendo em conta as oportunidades educacionais.
5. Desenvolver um plano para a divulgação dos resultados no início do planeamento da Investigação.
6. Reconhecer que o conhecimento vem da comunidade e que a comunidade ganha força (empoderamento) através das suas maneiras de conhecer e agir.
7. Descobrir as expectativas dos membros da comunidade e o que eles esperam como resultado da “Investigação”. Os membros podem incluir:
 - a. Universidade – exigências académicas.
 - b. Hospital – exigências de serviço.
 - c. Governo – assuntos relacionados ao Ministério, província e localidade.
 - d. Parceiros comunitários.
 - e. Público em geral.

f. Agências de financiamento.

8. Ser explícito sobre como é que as práticas de saúde tem impacto sobre ou são impactadas pelos outros sistemas.
 9. Entender os limites da Investigação e o que pode ser alcançado.
 10. Entender as limitações pessoais.
 11. Saber qual a responsabilidade ética dos parceiros e dos sujeitos da Investigação.
 12. Ter consciencia das características dos diferentes grupos e das suas necessidades específicas para ter acesso ao conhecimento.
- Estar consciente da relação entre conhecimento e poder.

Para aprender em todo o curso:

- Uma consciência das dimensões da Saúde Comunitária, por exemplo, trabalhando com parceiros comunitários; trabalhando a partir das necessidades comunitárias até às soluções; construindo projectos *com* a comunidade.
- Métodos para construir um projecto de Investigação: construir uma boa pergunta de Investigação; desenvolver uma metodologia (Investigação qualitativa); recolher os dados; analisar os dados; disseminação dos resultados.
- Definir Saúde Comunitária como uma disciplina é importante: trabalhar com a comunidade para produzir resultados saudáveis.
- Investigação Acção Participativa: ir á comunidade para descobrir o que ela pensa que são as suas necessidades e decidindo com ela quais as perguntas que precisam de respostas para assegurar que a saúde da comunidade melhora.

Estrutura: 3-2 horas na sala de aula por semana, 4 horas no campo por semana.

As sessões na sala de aula, utilizandoo processo de seminário, vão incluir:

5. Aprendendo a partir de “práticas melhoradas” e modelos exemplares.
6. Chuva de ideias (“brainstorming”).
7. Discussões em grandes e pequenos grupos.
8. Aprendizagem cooperativa.

9. Pequenos discursos.
10. Instruções sobre o processo.
11. Dando recursos para os alunos utilizarem.
12. Aprendizagem experiencial que envolve dramatização de situações específicas.
13. Experimentando formas específicas de disseminação da informação na comunidade, sejam elas apresentações ao Ministério ou aos grupos comunitários.
14. Módulos específicos que tratam as necessidades comunitárias ou os pensamentos e sentimentos das comunidades com sensibilidade.
15. Interações com sensibilidade: sendo capaz de reconhecer como é que um grupo está respondendo; auto-consciência, por exemplo das relações de hierarquia; como aumentar o poder dos sujeitos da Investigação e da comunidade.

Este curso será ensinado como?

Inquérito fechado com um alto grau de orientação no início, mudando para inquérito aberto com estrutura.

Resultados de Aprendizagem

0. **Construir relações com as suas várias comunidades para realizar Investigação baseada na comunidade que é significativa e determinar uma necessidade baseada na comunidade para conhecimento e entendimento.**
 1. **Trabalhar com trabalhadores de saúde locais para participarem na Investigação e contribuirem para a Investigação.**
- **Realizar um curto projecto de Investigação baseado na comunidade.**

Exercícios:

Exercício 1: No final da primeira semana, terceira aula, cada grupo de estudantes vai submeter uma cópia da sua pergunta de Investigação completamente desenvolvida.

Exercício 2: No final da segunda semana, sexta aula, os estudantes vão submeter:

A: uma cópia da metodologia que vão usar junto com uma justificação.

B: uma lista dos parceiros comunitários com quem vão trabalhar.

Exercício 3: No final da oitava aula, os estudantes vão submeter uma cópia dos seus planos de disseminação das suas informações de Investigação.

Exercício 4: Durante a aula final, a nona aula, os estudantes vão realizar as suas apresentações, para mostrarem os seus planos de Investigação para os projectos de longo prazo de cada grupo. As apresentações vão incluir:

- Parceiros comunitários.
- A pergunta de Investigação.
- A metodologia proposta.
- O plano de recolha de dados.
- O plano de análise.
- O plano de divulgação.

Exercício 5: No final da última aula do módulo de Investigação, os estudantes deverão submeter um curto artigo descrevendo o que eles aprenderam no módulo de Investigação. Uma a duas páginas.

Exercício 6: Uma apresentação em Novembro 2013 que fará uma síntese do projecto de Investigação completo. O poster vai incluir:

- 3. A pergunta de Investigação.**
- 4. Métodos usados.**
- 5. Recolha de dados.**
- 6. Esquema de análise.**
- 7. Resultados.**
- 8. Discussão.**
- 9. Disseminação.**
- 10. Implicações para a prática.**
- 11. Perguntas de Investigação associadas.**

Exercício 7: No final do projecto de Investigação em Novembro 2013, os estudantes precisarão de submeter um curto artigo descrevendo o que eles aprenderam da experiência de Investigação. Uma a duas páginas.

Semana 1: Definindo “Investigação”

Tópicos principais:

- O que é? e por quê? a Investigação – Tornando-se um praticante reflectivo.
- Elementos específicos de Investigação baseada na comunidade e os seus benefícios, e como isto é diferente de Investigação clínica e Investigação em laboratório.
- Entendendo a importância e o valor em colaborar com parceiros comunitários no processo da Investigação.
- Quem são os parceiros comunitários?
- Porquê esta pergunta agora?
- Quem beneficia do aumento de conhecimento sobre este tópico e como?

- Formulando perguntas de Investigação.

Resultados de Aprendizagem

Os estudantes serão capazes de:

1. Comparar e contrastar Investigação em laboratório, Investigação clínica e Investigação baseada na comunidade.
2. Fazer uma lista dos benefícios de Investigação baseada na comunidade.
3. Definir a comunidade.
4. Identificar tópicos apropriados para Investigação baseada na comunidade conforme as suas próprias experiências.
5. Explorar os colaboradores e as barreiras para a Investigação baseada na comunidade bem-sucedida.
6. Identificar uma “boa pergunta” numa lista de possíveis perguntas de Investigação.
7. Articular claramente uma pergunta de investigação bem definida.
8. Localizar e analisar criticamente um artigo académico relacionado ao tópico da sua pergunta de investigação.
9. Contribuir efectivamente nos seus grupos de tarefa.

Semana 2: Fazendo investigação

Tópicos principais:

9. Como encontrar a resposta às suas perguntas.
10. Escolhendo metodologias (grupo de discussão focal, entrevistas, inquéritos, revisão de literatura, investigação acção).
11. Recolhendo e organizando os dados.
12. Determinar a confiabilidade dos dados.
13. Analisar os dados.

Resultados de Aprendizagem

Os Estudantes serão capazes de:

1. Definir metodologias qualitativas, metodologias quantitativas e metodologias mistas.
2. Discutir a adequação de pelo menos três metodologias considerando uma variedade de perguntas de investigação.
3. Escolher uma metodologia para a sua pergunta de investigação e explicar a lógica para a sua escolha.
4. Desenvolver um plano de recolha e organização de dados relacionados á sua pergunta de investigação.
5. Identificar uma estratégia apropriada de análise de dados.

Semana 3: Produzir, organizar e disseminar Resultados

Tópicos principais:

1. Como escrever uma discussão ácerca dos seus resultados de investigação (O que aprendeu?).
2. Identificando audiências (Quem quer saber e de quem é que tu queres saber?).
3. Métodos de divulgação.

Resultados de Aprendizagem

Os Estudantes serão capazes de:

1. Demonstrar como é que a “divulgação” começa com as primeiras discussões sobre o plano de investigação.
2. Articular claramente os seus resultados e a relevância destes resultados para os seus colegas.
3. Desenvolver um plano de divulgação para os seus resultados, indicando a justificação para as suas escolhas de estilos de divulgação e públicos-alvo.

4. Partilhar resultados com os seus parceiros comunitários.
5. Criar um plano de investigação para o seu projecto a longo prazo.

Pontos preliminares:

- Uma parte do trabalho inicial no desenvolvimento de investigação acção participativa baseada na comunidade é uma discussão com os parceiros comunitários sobre o que *eles* querem ver mudar na comunidade.
- Uma outra discussão que continua ao longo do curso será a definição de investigação acção participativa baseada na comunidade e os seus princípios de actuação, por exemplo, como se relacionar com a comunidade, como trabalhar em parceria com a comunidade, como respeitar os seus conhecimentos e pontos de vista, como escutar bem, como expressar ideias / informação, como ser consciente daquelas pessoas que não têm voz na comunidade bem como daquelas que têm.
- A Discussão sobre divulgação / disseminação deve começar logo no início do curso com um mapeamento do sistema de cuidados de saúde e a sua relação á comunidade e ao governo; por exemplo, quem são todos as partes interessadas e quem precisa de ouvir sobre os resultados da investigação? Este trabalho deve ser realizado nas fases iniciais do programa.

Semana 1 — Dia 1

Resultados de Aprendizagem:

Os Estudantes serão capazes de:

10. Comparar e contrastar investigação em laboratório, investigação clínica e investigação baseada na comunidade.
11. Fazer uma lista dos benefícios da investigação baseada na comunidade.
12. Explorar os contribuintes e as barreiras para a investigação baseada na comunidade bem-sucedida.

Agenda:

- Apresentações e Expectativas.
- Foco 1: O Estado Actual / A Situação Actual.
- Foco 2: O que é Investigação?
- Foco 3: “Boa” investigação.
- Foco 4: Métodos para Recolher Evidências para a investigação.

Notas sobre o Processo:

“A mensagem mais importante para expressar inicialmente é que toda a investigação é observação, usando todos os sentidos, métodos e tecnologias.”

Apresentações e Expectativas:

1. Começar com um jogo para animar o grupo e conhecer os participantes. Este jogo já foi por nós utilizado com sucesso e está arquivado em apêndice. Depois, fotografámos cada aluno, colocando uma etiqueta com o seu nome. Usámos as fotografias e as etiquetas para conhecer os alunos mais facilmente.
2. Em seguida, apresentámos os objectivos de aprendizagem e exercícios para os participantes. Os objectivos e exercícios deverão ser imprimidos e distribuídos. Estes encontram-se igualmente no apêndice.

Foco 1: O Estado Actual / A Situação Actual**Atividade 1: Discussão plenária (grande grupo) (10 minutos)**

Pergunte aos alunos que experiência tem em e com comunidades – nas suas próprias vilas / aldeias e na prática de cuidados de saúde até agora.

2. Você já trabalhou com um grupo tendo como objectivo fazer mudanças para melhorar a saúde da comunidade?
3. Você já se envolveu em investigação baseada na comunidade, especificamente ou mesmo sem utilizar esta designação?

4. Qual a sua experiência com o Programa “Um Estudante - Uma Família”?

Possíveis perguntas orientadoras para este exercício:

7. Quais eram as suas expectativas quando começaram a formação?
4. Como é que a realidade da experiência se conforma com essas expectativas?
5. Qual foi o maior desafio? E o mais gratificante?
6. O que foi que aprenderam sobre modos de interagir? O que podiam fazer diferentemente, talvez melhor?

Foco 2: O que é Investigação?

Atividade 2: Discussão em pequenos grupos (15 minutos)

Divida os participantes em grupos de 6. Dê a cada grupo o estudo de caso intitulado “História da Sónia” localizado no apêndice e peça aos alunos para usar um papel flip chart para responder às questões associadas. Peça a cada grupo para compartilhar brevemente as suas respostas com o grupo maior. Futuras atividades relacionarão esta discussão com o conceito de investigação. Coloque os flip charts ao redor da sala de aula.

Atividade 3: Exercício Visão e Caminhada de Galeria (15 minutos)

Dê a cada grupo papel e materiais de desenho e peça para eles desenharem as suas respostas à pergunta “O que é investigação?”

Eles não podem usar números nem letras, só símbolos ocasionais e desenhos.

Cada grupo precisará papel flip chart e três marcadores de cor.

Depois de completar os desenhos, peça aos estudantes para os colocarem na parede e formarem uma “caminhada de galeria.” Numa “caminhada de galeria”, participantes e facilitadores andarão em redor da sala como se estivessem numa galeria de arte, para apreciar os desenhos das outras pessoas.

Atividade 4: Discussão plenária (grande grupo) (15 minutos)

Peça a cada grupo para apresentar o desenho deles. Quando todos os desenhos forem apresentados, use os desenhos e o estudo de caso como base para uma discussão sobre as seguintes perguntas e respostas:

- O que é investigação? Investigação é procurar evidências para responder a uma pergunta.
- Quando é que fazemos investigação? (Fazemos ou realizamos investigação muitas vezes nas nossas vidas diárias. Por exemplo, as vossas respostas para como a Maria podia determinar se o Joaquim é um parceiro apropriado para a Sónia são exemplos de investigação).
- Quem pode fazer investigação? (Todo o mundo)
- Quais são outros exemplos de investigação que fazemos nas nossas vidas diárias? Por exemplo, a loja com os preços mais baixos.

Resumir: Fazemos investigação permanentemente ao longo das nossas vidas diárias procurando evidências para respostas a perguntas.

Foco 3: “Boa” Investigação

Atividade 5: Discussão plenária (grande grupo) (15 minutos)

Peça aos participantes: Quais são algumas das razões que enfrentamos, motivo de conclusões inexactas, ao longo da nossa investigação? Faça referência ao estudo de caso e explore o que pode causar a Maria a tirar uma conclusão incorreta sobre o casamento da sua filha. Grave as respostas no papel flip chart.

- Preconceitos pessoais (por exemplo, se a aparência de Joaquim faz a Maria lembrar-se de alguém que ela não gosta, ela pode assumir que o Joaquim é como essa pessoa e, inicialmente, demiti-lo como um futuro marido para Sonia).
- Amostragem inadequada (por exemplo, a Maria pergunta apenas à irmã do Joaquim

sobre ele).

- Instrumentos e procedimentos de investigação não consistentes com os diferentes tipos de participantes (por exemplo, a Maria pergunta ao marido potencial se ele fuma mas não pergunta aos outros pretendentes).
- Dados não transmitidos correctamente (por exemplo, a Maria pede uma amiga para procurar informações sobre o Joaquim mas a amiga exagera ou esquece a informação).

Pergunte aos participantes:

Que podemos fazer para evitar essa incorreta informação?

Grave as respostas no papel flip chart papel.

- Um conjunto predefinido sistemático de procedimentos.
- Amostragem.
- Esteja aberto (por exemplo, resultados não são predefinidos).
- Triangulação de dados (por exemplo, use uma variedade de métodos).
- Registo de dados.

Resumir:

Quando todos estes factores estão contabilizados e documentados e as questões éticas foram devidamente consideradas (para discutir no próximo módulo), podemos considerar a nossa investigação, uma boa investigação.

Foco 4: Métodos para Recolher Evidências para a Investigação

Atividade 6: Discussão plenária (grande grupo)

Pergunte aos participantes: Que métodos podemos usar para recolher evidências? Faça referência ao caso de estudo, pensando sobre diferentes passos que a Maria pode empreender para descobrir mais sobre Joaquim. Grave as respostas no papel flip chart.

- Observação (por exemplo, ele está com bom aspecto, limpo, bem-educado, etc.?).
- Avaliações (por exemplo, perguntando-lhe sobre o seu salário, lobolo, se ele fuma,

se ele ronca, etc.).

- Entrevistas (por exemplo, fala com ele, a irmã dele, o vizinho dele, o professor dele, alguém que não gosta dele; perguntar á Sónia o que ela pensa sobre ele).
- Inquérito (por exemplo, pergunte a todos “Ele é uma boa pessoa?” e tabula as respostas positivas e negativas; pergunte a sua idade, o número de irmãos, etc.).
- Discussões de grupos focais (por exemplo, perguntando a um grupo de pessoas o que eles pensam sobre o Joaquim).

Resumir:

São muitos os métodos diferentes que podemos usar na recolha de evidência para investigação, dependendo do tipo de informação que procuramos e ao que é mais apropriado ao contexto. Usando múltiplos métodos podemos melhorar a qualidade da informação. Algumas metodologias de investigação são tratadas em detalhe durante este curso.

Distribuir e rever o texto de apoio com participantes, e aplicá-lo.

Avaliação do dia: Vêr Apêndice

Materiais necessários: Texto de apoio sobre Boa Investigação (Texto de Apoio Apêndice)

Período de Tempo: Observe o tempo. Informe sistematicamente os grupos quando faltam 5 minutos para o final de cada tarefa. Os conceitos neste trabalho são fundamentais para o resto do módulo. Actividade importante para a criação de um espírito de equipa.

Semana 1—Dia 2

Resultados de Aprendizagem:

Alunos serão capazes de:

13. Definir a comunidade.
14. Identificar uma “boa pergunta” numa lista de possíveis perguntas de investigação.
15. Articular claramente uma bem definida pergunta de investigação.

Agenda:

- Síntese da aula anterior: anotar dois pontos que aprendeu na aula anterior
- Perguntas ou pensamentos?
- Definir comunidade.
- Elementos numa boa pergunta (Conceito Finalidade).
- Prática (em grupos).
- Chuva de ideias para possíveis tópicos para investigação baseada nas suas experiências com o Programa Um Estudante, Uma Família (em grupos).

Foco 5: Investigação Baseada na Comunidade e “Comunidade”

Atividade 1: Chuva de ideias em pequenos grupos

Em pequenos grupos, façam uma chuva de ideias sobre as duas questões seguintes e gravem as respostas no papel flipchart. Depois, reveremos as respostas em plenário.

Questão #1.

O que é uma “comunidade”?

Questão # 2.

O que é Investigação qualitativa baseada na comunidade e em que difere da Investigação científica quantitativa?

Atividade 2: Partilhando em plenária (grande grupo)

Grupos partilham as respostas deles às duas questões anteriores no grupo grande.

Foco 6: Aprendendo a Comunidade

Atividade 3: Dramatização

Trabalhos preparatórios na aula antes do encontro com a família / comunidade:

Distribua o papel flip chart aos estudantes e peça-lhes para listar:

- a. Prioridades para o Investigador.
- b. Prioridades para a Comunidade.
- c. Meios para encontrar um terreno comum.

Forme três grupos de 10 pessoas. Cada grupo é composto por 4 Investigadores acadêmicos, 4 membros comunitários e 2 anotadores. Separe os Investigadores e membros comunitários e diga-lhes em privado que as suas prioridades (dados) são:

Dados para os Investigadores:

- Eles têm \$1.000 para usar no projecto.
- Eles têm 6 meses para realizar o projecto.
- O seu foco de Investigação é: quais são as atitudes das pessoas na comunidade em relação aos seus membros vivendo com HIV/SIDA?

Dados para a Comunidade:

1. Interessada na melhoria da sua base económica (da comunidade).
2. Necessita envolver uma proporção significativa de membros da comunidade.

Peça aos grupos para encenar um encontro entre a comunidade e a academia.

Peça aos anotadores para registar informação sobre como o terreno comum foi atingindo e quais os assuntos e dificuldades que surgiram. Reflectir sobre as prioridades (no flip chart) no grupo grande e resumir.

Foco 7: Determinar “boas perguntas”

Semana 1—Dia 3

Resultados de Aprendizagem:

Os Estudantes serão capazes de:

16. Considerar orientações éticas relacionadas a Investigação.
17. Desenvolver uma lista de diretrizes éticas gerais para Investigação.

Visão Ética:

Os participantes terão uma oportunidade para considerar os aspectos éticos em Investigação. Em pequenos e grande grupos, os participantes discutem diferentes casos de estudo enfatizando diferentes assuntos éticos. Os participantes, então, trabalham juntos para criar uma lista de diretrizes éticas para guiar os seus próprios trabalhos de Investigação.

Resultados de Aprendizagem: Nfinal desta atividade, os participantes terão:

18. Considerado orientações éticas relacionadas a Investigação .
19. Desenvolvido juntos uma lista geral de diretrizes éticas de Investigação.

Materiais:

- Fotocópias de seis casos de estudo para os participantes.
- Papel branco simples (ou jornais pessoais dos participantes) e materiais de escrita (canetas / lapis).
- Papel Flip chart e marcadores.
- Alfinetes ou fita adesiva para colocar os diagramas na parede.
- Fotocópias dos textos de apoio para os participantes.

Duração:

Aproximadamente 2 horas.

Solicite o trabalho de casa no início da aula: um artigo relacionado ao seu estudo, identificar a pergunta de Investigação e avaliar se é “boa” ou “não”.

Foco 8: Considerando a Ética

Atividade 1: Discussões em pequenos grupos sobre os casos de estudo

Divida os participantes em pequenos grupos. Dê a cada grupo um dos seis casos de estudo disponível no Apêndice. Peça a cada grupo para discutir o seu caso de estudo atribuído e responder às perguntas que se seguem nos seus cadernos ou numa folha de papel.

Atividade 2: Discussão em plenária (grupo grande)

Peça a um representante de cada grupo para ler em voz alta o caso de estudo e perguntas, seguido por um síntese das respostas do grupo. Solicite contribuições adicionais do grupo maior, e facilite uma discussão sobre diretrizes éticas na Investigação.

Atividade 3: Chuva de ideias em plenário

Anote as respostas no flip chart e guarde-as na sala de aulas, para fazer referência durante a formação. Os participantes também devem guardar uma cópia dessas diretrizes, quando estiverem finalizadas, para usar durante os seus trabalhos de Investigação.

Baseados nos casos de estudo, que diretrizes para uma ética de Investigação devem ser mantidas?

20. Confidencialidade (história do Horácio).
21. Consentimento voluntário informado (história da Xiluva).
22. Direito de recusar ou retirar a qualquer momento (história da Cristina).
23. Partilhando resultados com os vossos participantes na Investigação (história do Eduardo).
24. Especial consideração para grupos vulneráveis na procura de consentimento (história da Sílvia).
25. Guardando dados sem nomes num local seguro (história do Sérgio e Micaela).

Peça aos participantes: Baseados nas vossas próprias experiências, vocês acham que deve haver outras diretrizes éticas incluídas? (No flip chart, adicione qualquer nova diretriz que eles partilhem.)

Resumir discussão: Isto foi apenas uma introdução à ética de Investigação. Porque a ética é um aspecto muito importante de Investigação, voltaremos à Ética de Investigação durante esta formação e em todas as fases do nosso trabalho.

Foco 9: Pontos Chave para Colaboração Comunitária Efectiva e Participação

(Dramatização atividade e a escada de participação)

Resultados de Aprendizagem:

Os participantes vão:

4. Ter um entendimento do conceito de participação.
5. Ser capazes de identificar diferentes níveis de participação no desenvolvimento de programas.
6. Ter analisado criticamente a participação nos seus próprios trabalhos.

Materiais:

1. Grande, tamanho de chão versão da Escada de Participação (mostrada no texto de apoio), com etiquetas e definições dos diferentes níveis, cortadas separadamente da escada.
2. Marcadores ou auto-colantes.
3. Alfinetes ou fita adesiva para colocar os diagramas na parede.
4. Fotocópias dos textos de apoio para os participantes.

Atividade 4: Dramatização e discussão

Facilitadores podem animar esta dramatização disponível no Apêndice, ou, se têm tempo

suficiente para preparar antecipadamente, alguns participantes podem ser recrutados para o fazer. Depois da dramatização, discuti-la com os participantes usando as perguntas de reflexão fornecidas. (Adaptado de Hope, A. & Timmel, S. (1984). *Formação para Transformação Livro I; Zimbábue*)

Foco 10: Níveis de Participação

Atividade 5: Atividade de grande grupo – dividir em dois grupos de 15

Coloque a grande Escada de Participação (apenas a escada, sem as definições) no chão no centro da sala e dê aos participantes as definições separadas dos diferentes níveis de participação. Peça ao grupo para discutir e decidir onde as diferentes definições dos níveis de participação devem ser colocadas na escada, para mostrar a progressão de participação a partir do menos participação até ao mais. Durante o processo, tente assegurar que os outros participantes concordam quando alguém organiza ou reorganiza algo na escada.

Dê exemplos da discussão anterior e peça aos alunos para os colocar na escada.

Pergunte como a sua Investigação teve a participação das comunidades e onde colocariam o estudo na escada.

Atividade 6: Chuva de ideias

Em pequenos grupos, fazem chuva de ideias sobre barreiras a participação e escrevem-nas nos flip charts.

Cada grupo nomeia uma porta-voz para apresentar as ideias ao grupo maior.

Resuma a discussão, lembrando aos participantes que o conceito de participação é complexo, e que há muitas barreiras à participação.

Distribuir e rever o texto de apoio sobre Ética em Investigação com os participantes.

Atividade 7:

Peça aos participantes para responder às seguintes perguntas, em referência à atividade em grupo grande e / ou às discussões em pequenos grupos, em uma folha que eles entregarão aos facilitadores no final do dia.

- (a) Eu sentia-me ouvido na discussão do grupo?
- (b) Eu ouvi os outros no grupo de discussão?
- (c) Eu fiz parte da decisão final do grupo?

Reveja as respostas dos participantes à noite, e facilite uma reflexão com os participantes na próxima aula. Faça uma ligação com a discussão sobre participação.

Semana 2: Fazendo Investigação

Tópicos principais:

- 14. Como encontrar a resposta às suas perguntas.
- 15. Escolhendo metodologias (grupo de discussão focal, entrevistas, inquéritos, revisão de literatura, investigação acção).
- 16. Focalizando na Investigação Acção.
- 17. Recolhendo e organizando dados.
- 18. Determinar a confiabilidade de dados.
- 19. Analisando dados.

Resultados de Aprendizagem

Os Estudantes serão capazes de:

- 6. Definir metodologias qualitativas, metodologias quantitativas e metodologias mistas.
- 7. Discutir a adequação de pelo menos três metodologias considerando uma variedade de perguntas de Investigação.
- 8. Escolher uma metodologia para a sua pergunta de Investigação e explicar a lógica para a sua escolha.
- 9. Desenvolver um plano de recolha e organização de dados relacionados á sua pergunta de Investigação.

10. Identificar uma estratégia apropriada de análise de dados.

Semana 2—Dia 1

Resultados de Aprendizagem:

Os Estudantes serão capazes de:

11. Definir metodologias qualitativas, metodologias quantitativas e metodologias mistas.
12. Classificar diversas metodologias em três categorias gerais.
13. Identificar métodos adequados de Investigação para recolher dados na investigação acção baseada na comunidade.
14. Discutir as etapas de investigação acção.
15. Discutir o conceito de participação na investigação acção.
16. Entender exemplos práticos de estudos de Investigação á luz de conceitos de investigação acção participativa.

Recurso: Manual sobre Investigação Participativa pelo Shallwani e Mohammed U. de Toronto, 2007, páginas 18 a 23.

Materiais:

- Imagens ou texto representando as diferentes etapas do ciclo de investigação acção, ou peça aos alunos para desenhar o “Ciclo de Investigação Acção”
 - Formulando uma pergunta de Investigação.
 - Planificando o estudo.
 - Recolhendo dados.
 - Analisando dados.
 - Desenvolvendo acções baseadas nos dados recolhidos.
 - Analisando / refletindo sobre as acções.
 - Disseminando os resultados.

- Papel Flip chart e marcadores.
- Alfinetes ou fita adesiva para colocar os diagramas na parede.
- Fotocópias dos textos de apoio para os participantes.

Introdução do dia

1. Reveja Ética e Participação pela comunidade perguntando o que os estudantes lembram da aula e dando atenção ao apropriado flip chart daquele dia na parede. (Um lembrete aos professores: cada dia, os flip charts de todas as aulas anteriores devem ser colocados na parede para dar uma continuidade à aprendizagem.)

Foco 11: Definindo os métodos de investigação qualitativa, quantitativa e mista

Atividade 1: Palestra (20 minutos)

- Dê uma curta visão geral e definição das três categorias. Palestra localizada no arquivo de Nampula PowerPoint http://www.xavier.edu/library/help/qualitative_quantitative.pdf

Foco 12: Investigação Acção

Atividade 2: Discussão em plenária (10 minutos)

Introduza os participants ao conceito de Investigação Acção: Investigação Acção é Investigação Investigação na qual a mudança para melhorias na comunidade (acção) é uma parte integrante do processo de Investigação (ao contrário da Investigação convencional, onde a mudança pode ou não pode fazer parte do processo de Investigação).

Comece com as perguntas seguintes para ajudar o grupo a focalizar nos elementos do Ciclo Investigação Acção:

O que aprendeu fora da universidade? Por que o queria aprender?

Quais foram as suas medidas de sucesso?

O que fez para melhorar o seu sucesso?

As respostas a essas perguntas acima enfatizam o ciclo de investigação acção:

Levantar uma pergunta.
 Planificar para procurar respostas.
 Procurar respostas intensivamente.
 Analisar.
 Planificar e implementar novas acções.
 Parar e refletir sobre situações e acções actuais.
 Levantar uma pergunta.

Atividade 3: Atividade em pequenos grupos (10 minutos)

Distribua a cada grupo imagens ou textos que representam os elementos específicos do ciclo de investigação acção.
 Peça a cada grupo para os organizar em ordem apropriada.
 Convide cada grupo a apresentar o seu arranjo para que os outros participantes compreendam o que cada imagem representa e o que cada etapa implica.
 Quando o ciclo de investigação acção estiver completo, colocá-lo na parede na sala de aula.

Atividade 4: Discussão em plenário (15 minutos)

Reveja o conceito de participação em Investigação, e porque é que é importante, sobre tudo na condução de Investigação que seja relevante e útil às comunidades.
 Explique que Investigação Acção Participativa exige a promoção da participação durante as diferentes etapas do ciclo de investigação acção.

Apresente um estudo de Investigação com qual os participantes estejam familiarizados (por exemplo, um projecto de Investigação em que eles ou as suas organizações estejam envolvidos).

Se nenhum estudo existe, apresente um exemplo dum estudo de Investigação (veja o Apêndice).

Dê aos alunos a cópia das etapas de Investigação na comunidade para que eles possam avaliar o nível da participação comunitária no estudo. (Este pode ser localizado no

Apêndice.)

Use o ciclo para discutir o que foi feito em cada etapa do estudo.

Deve tomar nota se o estudo não incluiu a componente de ação no ciclo de Investigação.

Em cada etapa, discutir se essa fase foi realizada de forma participativa e se o estudo pode ser considerado como um estudo de Investigação participativa..

Foco 13: Metodologias de Investigação

Atividade 5: Quebra-cabeças (1 hora)

Use os recursos do texto de apoio do apêndice sobre a entrevista, inquérito, foto-voz, grupos de discussão focal, mapeamento comunitário e linha de tempo para facilitar o processo “quebra-cabeças” de aprendizagem sobre estas metodologias. O método de “quebra-cabeças” pode levar mais do que uma hora e parece-nos funcionar melhor se realizarmos metade do processo nesta aula e metade na aula da Semana 2, Dia 2. Desenvolvemos um quadro comparativo sobre as seis metodologias que ensinamos com o método de “quebra-cabeças”. O quadro ajuda os alunos a acompanhar, durante o processo de ensino pelos colegas, os diversos métodos. (ver no Apêndice.)

Para informações sobre o método de “quebra-cabeças”, ir ao <http://www.jigsaw.org/>

Há outros métodos para os quais a técnica do “quebra-cabeças” pode ser usada. Estes encontram-se no Apêndice.

Avaliação do Dia.

Semana 2—Dia 2

Resultados de Aprendizagem:

Os Estudantes serão capazes de:

17. Discutir a adequação de pelo menos três metodologias considerando uma variedade de perguntas de investigação.
18. Escolher uma metodologia para a sua pergunta de investigação e explicar a lógica para a sua escolha.

Foco 14: Fazer corresponder o Método à Pergunta de Investigação

Atividade 1: Correspondencia

Parte A:

Use os dados no arquivo de ensino sobre perguntas de investigação e métodos associados. Em grupos, os alunos recebem uma lista de perguntas de investigação, tiradas de artigos relevantes.

Tarefa: Decida quais os métodos, introduzidos na aula da Semana 2, Dia 1, que seriam melhores para cada pergunta. Verifique: distribua, dos artigos, os métodos usados pelos investigadores. Discutem em plenário. A base lógica é que os estudantes terão uma oportunidade para interagir com os artigos publicados enquanto praticam a correspondencia do método com a pergunta.

Os Docentes podem localizar e dar dois artigos de prática e perguntar aos grupos para identificar a pergunta e a metodologia usadas nos artigos.

Parte B:

Nos mesmos grupos de tarefa, os estudantes revisitam as suas ideias de investigação da 1ª semana e elaboram as suas perguntas de investigação e quais as metodologia a usar, que deverão entregar no fim do período de trabalho.

Atividade/produtos: Os alunos submetem as suas perguntas junto com a metodologia proposta.

Materiais necessários: artigos, texto de apoio com perguntas.

Avaliação do Dia.

Semana 2—Dia 3

Resultados de Aprendizagem:

Os Estudantes serão capazes de:

19. Desenvolver um plano de recolha e organização de dados relacionados á sua pergunta de investigação.
20. Identificar estratégias apropriadas de análise de dados.

Atividade 1: Recolha de Dados e Ferramentas de Análise

Atividade 1: Palestra sobre a Abordagem Indutiva para a Análise de Dados Qualitativos.

Atividade 2: Estudantes continuam a trabalhar em grupos sobre os seus Protocolos.

Avaliação do Dia.

Período de Tempo: 2 horas.

Materiais necessários: a apresentação da Palestra está localizada no arquivo de Nampula em PowerPoint.

Semana 3: Movendo as Constatações adiante

Tópicos principais:

4. Como escrever uma discussão acerca dos seus resultados de investigação (O que aprendeu?).

5. Identificando uma audiência (Quem quer saber e de quem é que tu queres saber?).
6. Métodos de divulgação.

Resultados de Aprendizagem

Os Estudantes serão capazes de:

6. Articular claramente os seus resultados e a relevância destes resultados para os seus colegas.
7. Desenvolver um plano de divulgação para os seus resultados, indicando a justificação para as suas escolhas de estilos de divulgação e públicos-alvo.
8. Partilhar os resultados com os seus parceiros comunitários.
9. Criar um plano de investigação para o seu projecto a longo prazo.

Recursos:

- a. Campbell, C., Nair, Y., Maimane, S. & Sibiyi, Z., Gibbs, A (2012) “A divulgação como intervenção: Construindo competências locais sobre SIDA através de reportando os resultados de pesquisa a uma comunidade Sul Africana rural.” *Antipode* 44 (3): 702-24.
- b. Keen, Steven & Todres, Les (2007). “Estratégias para a Divulgação dos Resultados da Pesquisa Qualitativa: Três exemplares” [36 parágrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(3), Art. 17, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0703174>.

Numa revisão da literatura sobre o tópico de divulgação de investigação qualitativa, descobriu-se que os investigadores prestaram atenção às “questões científicas de investigação quantitativa mas não às questões comunicativas.” A recomendação decorrente consiste naram, “adaptação de abordagens para a audiência, em termos do conteúdo, mensagem e meios:

1. Prestando atenção à fonte da mensagem.
2. Possibilitando a discussão ativa dos resultados de investigação.”

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16322042>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2830105/>

Este artigo dá uma perspectiva interessante que se afasta dos modos comuns de comunicar a investigação.

Semana 3—Dia 1

Resultados de Aprendizagem:

Os Estudantes serão capazes de:

10. Articular claramente os seus resultados e a relevância destes resultados aos seus colegas.
11. Desenvolver um plano de divulgação para os seus resultados, indicando a justificação para as suas escolhas de estilos de divulgação e públicos-alvo.

Passos a seguir:

4. Identificando os membros comunitários.
5. Compreender as várias maneiras de começar a investigação baseada na comunidade: pedidos da comunidade; informação dos outros resultados de investigação; prioridades identificadas e definidas pelo Governo; prática reflectiva.
6. Escolhendo o meio de comunicação apropriado para cada grupo.
7. Desenvolvendo capacidades para diferentes modos de comunicação.

Foco 15: Ligando Comunicação e Comunidade

Atividade 1: Chuva de Ideias/ Partilha (15 minutos)

Fazer chuva de ideias em pares, sobre todas as maneiras de alguém poder divulgar os resultados de investigação.

Listar estas ideias em plenário.

Voltar ao flip chart que tem “comunidade” da 1ª semana.

Em grupos pequenos, fazer ligações entre membros comunitários e métodos para partilhar resultados.

Discussão em plenário para resumir.

Preparar os estudantes para fazer perguntas ao painel de peritos.

Atividade 2: Painel de Peritos

Convidar investigadores para discutir como é que eles divulgam a investigação.

Atividade 3: Ensinar como usar o PowerPoint para criar um cartaz .

Período de Tempo: 2 horas

Avaliação do Dia

Semana 3—Dia 2

Resultados de Aprendizagem:

Os Estudantes vão:

12. Desenvolver um plano para partilhar os resultados de investigação com os seus diversos parceiros comunitários.

Atividade 1: Período de trabalho para desenvolver depois de partilhar os planos na aula

Materiais necessários: Apoio técnico para utilização do PowerPoint, por exemplo laboratório de informática.

Período de Tempo: 2 horas.

Avaliação do Dia.

Semana 3—Dia 3

Resultados de Aprendizagem:

Os Estudantes vão:

- Rever o módulo.
- Partilhar os planos de investigação dos seus projetos a longo prazo, no formato de cartaz (tarefa 1).

Atividade 1: Apresentações dos Cartazes

Os estudantes escolhem a melhor maneira para partilhar as suas perguntas de investigação, os parceiros comunitários, a metodologia, o plano para a recolha de dados e análise, junto com todos os outros grupos e respondem às perguntas dos participantes.

Convide membros das várias comunidades se possível.

Atividade 2: Manter o Contacto

Estabeleça uma rede de apoio para quando os estudantes implementarem os planos de investigação durante os próximos 8 meses. Essa rede vai incluir informação sobre como é que eles se apoiam uns aos outros e como comunicar com a comunidade, a universidade, e os parceiros internacionais.

Atividade 3: Rever o Curso

Em grupos de 4, os estudantes criam “mapas de estradas” que mostram o caminho do módulo, listando conceitos chaves, pontos de ênfase, barreiras, desvios e novos desafios.

Período de Tempo: 2 horas.

Avaliação do Curso.

Materiais necessários:

Materiais de Apoio Geral

<http://individual.utoronto.ca/sadaf/resources/cbpr2007.pdf>

Sadaf Shallwani e Shama Mohammed 2007

O Grupo de Exame Comunidade - Institucional Parcerias para Pesquisa de Prevenção.
*Desenvolvendo e Sustentando Parcerias de Pesquisa Participativa Baseada na
Comunidade: Um Currículo para Desenvolver Competências.* 2006.
www.cbprecurriculum.info

APPENDIX D: TEACHING APPENDIX FOR:

UNILURIO COMMUNITY BASED PARTICIPATORY ACTION RESEARCH CURRICULUM

Week 1 – Day 1

Introductions and Expectations:

Icebreaker

As an introductory activity ask students to write their first names on half sheets of paper in large letters. Below their names they then write the name of a food (vegetable, fruit, drink, etc) that starts with the same letter as their first name.

Go around the circle of students and have them say their names and the names of the food they have chosen. Take a picture of each student holding their half sheet to aid in learning their names.

Learning Outcomes and Assignments

Learning Outcomes

7. Build relationships with their various communities to carry out meaningful community-based research and determine a community-based need for knowledge and understanding.
8. Work with local health care workers to participate in and contribute to research
9. Carry out a short community-based research project

Assignments:

Assignment 1: At the end of the first week, 3rd class, the students' groups will each hand in a copy of their fully developed research question.

Assignment 2: At the end of the 2nd week 6th class, the students will hand in:

- A: a copy of what methodology they will use and why.
- B: a list of the community partners they will be working with.

Assignment 3: At the end of the 8th class the students will hand in a copy of their plan to disseminate their research information

Assignment 4: During the final class period, 9th class, the students will give a presentation that shows the students' research plans for their group's long-term project. The presentation will include:

- Community partners
- The research question
- The proposed methodology
- Data collection plan
- Analysis plan
- Dissemination plan

Assignment 5: At the end of the final class period in the research module learners will be required to submit a short paper describing what they learned from the research module. One to two pages in length.

Assignment 6: A presentation in November 2013 that summarizes the completed research project. The poster will include:

- The research question
- Methods used
- Data collection
- Analysis schema
- Results
- Discussion
- Dissemination
- Implications for practice
- Further associated research questions

Assignment 7: At the end of the research project in November 2013, learners will be required to submit a short paper describing what they learned from the research experience. One to two pages in length.

Módulo de Pesquisa Participativa com Acção Baseada na Comunidade

Resultados de Aprendizagem para Estudantes

1. Construir relacionamentos com diversas comunidades para a realização de uma significativa pesquisa baseada na comunidade e determinar a necessidade de base comunitária para o conhecimento e compreensão.

2. Trabalhar com os trabalhadores de saúde locais no sentido de participar e contribuir para a investigação

3. Realizar um curto (pequeno) projecto de pesquisa baseada na comunidade

Atribuições:

Tarefa 1: No final da primeira semana, 3ª aula, os alunos, organizados em grupos deverão entregar uma cópia da sua questão de pesquisa completamente desenvolvida.

Tarefa 2: No final da classe 2ª semana 6ª aula, os alunos deverão entregar:

A: uma cópia da descrição e justificativa da metodologia que irá utilizar.

B: uma lista de parceiros da comunidade com que irão trabalhar.

Tarefa 3: No final da 8ª aula, os alunos deverão entregar uma cópia do seu plano para difundir suas informações de pesquisa.

Tarefa 4: Durante o período da última aula, 9ª, os alunos farão uma apresentação em grupos dos planos dos seus projectos de pesquisa a longo prazo. A apresentação incluirá:

- Comunidade parceiras
- A questão de pesquisa
- A metodologia proposta
- plano de coleta de dados
- Plano de Análise
- Plano de Divulgação

Tarefa 5: No final do módulo, os alunos serão solicitados a apresentar um pequeno texto descrevendo o que eles aprenderam com o módulo de pesquisa. O tamanho pode variar entre uma a duas páginas.

Tarefa 6: Uma apresentação em Novembro de 2013 de um resumo do projecto de pesquisa. O cartaz incluirá:

A questão de pesquisa

- Os métodos usados
- A colecta de dados
- Esquema de análise
- Resultados
- Discussão
- Divulgação
- Implicações para a prática
- Questões associadas a futuras pesquisas

Tarefa 7: No final do projecto de pesquisa em Novembro de 2013, os alunos serão solicitados a apresentar um documento curto descrevendo o que aprenderam com a experiência de investigação num comprimento que pode variar entre uma a duas páginas.

Week 1—Day 1 Activity 2**Case Study: Sonia's Story**

A marriage proposal has come for Maria's daughter, Sonia , from the Santos family. Maria does not know the boy or his family at all. The Santos family lives in the neighboring village. Flavia, Maria's sister, lives in the same neighborhood as the Santos family. If you were Maria, what would you do to determine if Joaquim, the Santos' son, is a suitable match for Sonia?

Estudo de Caso: Historia da Sônia

Uma proposta de casamento foi submetida a filha da Maria, a Sônia a partir da família Santos. Maria não conhece bem nem ao rapaz muito menos a sua família. Eles vivem numa aldeia vizinha onde a sua irmã, a Flávia também vive. Se você fosse Maria, o que faria para determinar se o Joaquim, o filho do Santos e um rapaz ideal para a Sônia?

Exit Survey

- 1. What was a positive aspect of the class today?**

- 2. What was a negative aspect of the class today?**

- 3. What was an interesting point of today's class?**

Avaliação do dia

5. Quais foram aspectos positivos da aula de hoje?

2. Quais foram aspectos negativos da aula de hoje?

3. Que pontos foram interessantes na aula de hoje?

Week 1 Day 2 Activity 4

Yes Questions

1. What are the beliefs of caregivers in a day care in Nampula as to the cause of diarrheal illnesses in children under five years of age?
2. What are the barriers to visiting a hospital for parents with children under 5 years of age living in a rural area, when one of their children has an urgent medical problem.
3. What services do people in a Mozambican suburb think Optometrists can provide?
7. What are the views of participating university students on the effectiveness of the One student One family program at UniLúrio?
8. What are the beliefs of caregivers in a rural village around feeding children age 6 months to 3 years.
9. What is the common knowledge among adults in a village regarding appropriate diet for pregnant women?

NO Questions

1. What percentage of accidental falls in children under five years of age in Nampula which cause a intracranial bleed needing surgical drainage? Quantitative
2. What happens to the incidence of Malaria in children under 5 within 3 months of introduction of bednets ? Sample not focused and Quantitative
3. What is the prevalence of asthma in Mozambique? Not focused
4. What can be done to decrease the waste of medications in North America? (Topic of interest is not defined well)
5. Why did a patient receive the wrong medication? Sample
6. What is the rate of car accidents in Antarctica? Not interesting/relevant
10. Why are you wearing blue pants (topic of interest is not concerned with the why and how of human interaction)

Week 1 Day 2 Activity 4

PERGUNTAS “SIM”

1. Quais são as crenças de cuidadores em uma creche em um subúrbio da cidade de Moçambique sobre a causa de doenças diarréicas em crianças menores de cinco anos de idade?
2. Quais são as barreiras para os pais de crianças menores de 5 anos de idade em uma vila rural para uma visita a um hospital por um problema urgente a criança está tendo?
3. Quais os serviços que as pessoas em um subúrbio de Moçambique pensar Optometristas pode proporcionar?
4. Quais são os pontos de vista de participar estudantes universitários sobre a eficácia do programa Uma família do estudante um?
5. Quais são as crenças de cuidadores em uma vila rural em torno de alimentação crianças de 6 meses a 3 anos.
6. O que é o conhecimento comum entre os adultos em uma aldeia em relação à dieta para mulheres grávidas?

PERGUNTAS “NAO”

1. Qual a percentagem de quedas acidentais em crianças menores de cinco anos de idade, em Nampula, que causam uma hemorragia intracraniana que necessitam de drenagem cirúrgica? quantitativo
2. O que acontece com a incidência de malária em crianças menores de 5 anos 3 meses depois da introdução de redes mosquiteiras? Amostra não focadolizada e Quantitativa
3. Qual é a prevalência de asma em Moçambique? não focalizado
4. O que pode ser feito para diminuir o desperdício de medicamentos na América do Norte? (Tema de interesse não é bem definido)
5. Por que um paciente recebe medicação errada? amostra
6. Qual é a taxa de acidentes de carro na Antártida? Não é interessante / relevante
7. Por que você está vestindo calça azul (tema de interesse não está preocupado com o porquê da interação humana).

Week One Day 3 Activity One Case Studies

Case Study #1: Horacio's Story

The Lopes family wants to propose to Sonia for their son Joaquim. Joaquim's father, Horacio Lopes, is a very private person. Horacio disclosed his income to Sonia's mother, Maria, when she was trying to find out more about the Lopes. Maria shared this information with her sister who in turn shared it with the Lopes' neighbours. Now the entire neighbourhood knows what Horacio's income is and Horacio is very upset.

- a) Why do you think Horacio is upset?
- b) Do you think Maria should have disclosed Horacio's income? Why or why not?

Case Study #2: Xiluva's Story

Xiluva is a 14-year-old girl. One day she was at her neighbour Ana's house for a birthday party. At the party, Ana's family took lots of photographs. Recently, Xiluva and her family found out that Ana's family has given copies of Xiluva's photograph to numerous families for prospective marriage proposals without their knowledge. Xiluva and her parents are very upset.

- a) Why do you think Xiluva and her parents are upset?
- b) Do you think Ana's family should have circulated Xiluva's photograph?
Why or why not?

Case Study #3: Cristina's Story

Cristina is approached by a journalist who wants to interview her for an article on young women in Mozambique. She agrees to participate and sets a date and time for the interview. After the interview begins, Cristina realizes that she is not comfortable having this information shared in a newspaper. She tells the journalist that she no longer wants to participate in the interview. The journalist says she has to finish the interview because she agreed to participate.

- a) How would you feel if you were Cristina?
- b) Do you think that it is okay that Cristina changed her mind about participating in the interview? Why or why not?
- c) Do you think the journalist should pressure Cristina to continue the interview because she agreed initially, or should the journalist accept that she has changed her mind? Why?
- d) Should the journalist use the information she got from Cristina before Cristina withdrew from the interview? Why or why not?

Case Study #4: Eduardo's Story

A university based in Karachi is conducting a study on blood sugar levels in Khairpur. Researchers approach Eduardo for a blood sample, which will be analyzed in a lab in Karachi. Eduardo has a family history of diabetes and has always been very concerned about his blood sugar level so he is happy to participate in the study. The researchers draw a blood sample from Eduardo. Eduardo never hears from them again. He continues to worry about his blood sugar level.

- a) How would you feel if you were Eduardo?
- b) Do you think the researchers should have given Eduardo the results of his blood test? Why or why not?

Case Study #5: Silvia's Story

Silvia is an 18-year-old married girl. One day, a journalist comes to her house, and asks if she would like to be interviewed for an article on married life. Before Silvia can answer, her mother in law says, "Yes, Silvia will participate."

- a) How would you feel if you were Silvia?
- b) Do you think the journalist should continue with the interview and take this as consent on Silvia's part?
- c) What do you think the journalist should have done to ensure that Silvia is willing to participate in the interview?

Case Study #6: Sergio and Micaela Story

Sergio and Micaela are a newly married couple. Dr. Daniel is a doctor in their neighbourhood. Last week, Sergio and Micaela went to Dr. Daniel for a pregnancy test. The test results indicated that Micaela is pregnant. Dr. Daniel's clinic is in his home and he left the test results out on his desk. His wife saw the test results and congratulated Micaela's sister, who was not aware of that the couple was going to have a baby. Sergio and Micaela are very upset.

- a) Why do you think Sergio and Micaela are upset?

b) Do you think Dr. Daniel should have done things differently? What? Why?

Semana 1 Dia 3 Actividade Um
Estudos de casos

Estudo de Caso # 1: Historia do Horácio

A família Lopes quer propor casamento a Sonia para seu filho Joaquim. O Pai de Joaquim, Horacio Lopes, é uma pessoa muito reservada. Horacio revelou sua renda para a mãe de Sonia, Maria, quando ela estava tentando saber mais sobre o Lopes. Maria partilhou essa informação com a sua irmã, que por sua vez, partilhou com os vizinhos de Lopes. Agora, o bairro inteiro sabe qual é a renda de Horácio e Horacio está muito chateado.

- a) O que você acha como motivo do Horacio estar chateado?
- b) Você acha que a Maria deveria ter revelado a renda do Horácio? Porque?

Estudo de Caso # 2: História da Xiluva

Xiluva é uma menina de 14 anos de idade. Um dia, ela estava numa festa de aniversario na casa da sua vizinha, a Ana. Na festa, a família de Ana tirou muitas fotografias. Recentemente, Xiluva e sua família descobriu que a família de Ana deu cópias de fotografia da Xiluva para muitas famílias para propostas de casamento sem o seu conhecimento. Xiluva e seus pais estão muito chateados.

- a) O que acha ser a razão da Xiluva e seus pais estarem chateados?
- b) Você acha que a família de Ana deveria ter circulado as fotografia da Xiluva? Porque?

Estudo de Caso n ° 3: A história da Cristina

Cristina é abordado por um jornalista que quer entrevistá-la para um artigo sobre as mulheres jovens em Moçambique. Ela concorda em participar e define uma data e hora para a entrevista. Após a entrevista ter iniciado, Cristina percebe que ela não se sente confortável ter essa informação partilhada num jornal. Ela diz ao jornalista que não quer mais participar da entrevista. O jornalista obriga a ela a terminar a entrevista, porque ela concordou em participar.

- a) Como você se sentiria se fosse Cristina?
- b) Você acha que é correcto que a Cristina mude de idéia em participar da entrevista? Porque?
- c) Você acha que o jornalista deve pressionar Cristina para continuar a entrevista porque ela concordou inicialmente? Porquê?
- d) Acha que o jornalista poderia usar as informações que ela recebeu da Cristina antes dela se retirar da entrevista? Porque?

Estudo de Caso n ° 4: A história do Eduardo

Uma universidade sediada em Karachi está realizando um estudo sobre os níveis de açúcar no sangue em Khairpur. Pesquisadores aproximaram ao Eduardo para tirar uma

amostra de sangue, para ser analisada num laboratório em Karachi. Eduardo tem uma história familiar de diabetes e tem estado sempre, muito preocupado com o seu nível de açúcar no sangue facto que lhe faz ficar muito feliz em participar do estudo. Os investigadores extraíram a amostra de sangue do Eduardo. Eduardo nunca ouviu a eles a dizerem algo a cerca do assunto. Ele continua preocupado com o seu nível de açúcar no sangue.

- a) Como você se sentiria se fosse Eduardo?
- b) Você acha que os pesquisadores deveriam ter entregue ao Eduardo os resultados de seu exame de sangue? Porque?

Estudo de Caso # 5: História da Silvia

Silvia é uma menina de 18 anos, casada. Um dia, um jornalista chega a sua casa, e pergunta se ela gostaria de ser entrevistado para um artigo sobre a vida de casada. Antes de Silvia responder, sua sogra diz: "Sim, Silvia vai participar."

- a) Como você se sentiria se você fosse Silvia?
- b) Você acha que o jornalista deve continuar com a entrevista e tomar isso como consentimento por parte da Silvia?
- c) O que você acha que o jornalista deveria ter feito para garantir que Silvia esteja disposta a participar na entrevista?

Estudo de Caso # 6: Historia de Sérgio e Micaela

Sergio e Micaela são um casal recém-casado. Dr. Daniel é um médico residente em sua vizinhança. Na semana passada, Sergio e Micaela foram ao consultório do Dr. Daniel a fim de fazer um teste de gravidez. Os resultados do teste indicaram que Micaela está grávida. A Clínica do Dr. Daniel está na sua casa e ele deixou os resultados do teste por cima da mesa. Sua esposa viu os resultados do teste e felicitou irmã da Micaela, que não sabia que o casal estava para ter um bebê. Sérgio e Micaela estão muito chateados.

- a) Por que você acha que Sergio e Micaela estão chateados?
- b) Você acha que o Dr. Daniel deveria ter feito as coisas de forma diferente? O quê? Porquê?

Week 1—Day 3 Activity 5

Participation: Role Play

Scene 1:

Four villagers are sitting waiting for a meeting to begin. A community worker comes in and greets each person (but is not very friendly). She asks each person how they are and they each speak of a different problem which they are struggling with: unemployment, no water, a house falling down, an abusive husband, etc.

The community worker hardly listens to these complaints. She is a busy person wanting to get work done. The community worker sits (facing the audience) and opens the meeting. She has come this day to say that this village needs a clinic. There is money from the government but the village needs to collect money as well.

The community worker tells each person what they must do to organize the fundraising day: one is to collect chickens, others must call a meeting for Saturday, etc. The community worker is dominating and authoritarian.

During this meeting, each member of the village group becomes more passive. One gets sleepy, one looks around. One begins to argue with the community worker but gives up very quickly. One walks out.

The animator stops when the point is made.

Scene 2:

This is another village and four villagers are waiting for a meeting to begin. The community worker comes in and greets each person, asking how they are. Each person has a different problem and the community worker listens very carefully, questions each person a bit and says that we really need to discuss these problems in the meeting. The community worker then sits down and begins the meeting. She asks what they think is the most important thing that needs to be done in the village. One person says, they really need a playground. The community worker looks very surprised and questions this, remembering the other problems she has heard about. Another villager supports the playground. Then a third villager disagrees with the playground and suggests a clinic. The community worker is not really convinced of the playground, but listens and asks questions. The original idea of the playground is argued by the three villagers and the one against it finally decides that a playground is a good idea. Then the community worker agrees.

The community worker then says, "Where is the land?" Someone suggests an available piece of land; "Who will clear it?" They all say they will get the people; the date and time is chosen by the villagers. The villagers get excited and very active during the meeting. The community worker says she will come to help.

When the point is made, the play is cut.

Debriefing Questions:

1. How did the community worker behave in the first village? How did the community worker behave in the second village?
2. How did the villagers react in each situation?
3. What are the advantages and disadvantages of the approach used by each community worker?
4. After six months, what do you think would have happened in the two different villages?
5. What do you think a community's role should be in a programme? Why?

Ownership

Community knows its own needs, strengths, appropriateness, sustainability, etc.

Week 2 Day 1

Lecture:

http://www.xavier.edu/library/help/qualitative_quantitative.pdf

Investigação qualitativa e quantitativa

Curso de Curta Duração em Investigação e
Acção Comunitaria Participativa
Nampula, 16 de março-07 de abril de 2013

Week 2 Day 1 Activity 4 Example of Research study

Example Research Study:

This example research study may be used to illustrate the discussion on participation in research. See the table following the description for a look at participation in light of the different stages of the research study.

A Research organization called, Pesquisa, wants to determine the barriers to economic development in the community of Massinga, so that they can develop an intervention programme to promote economic development. “Pesquisa” puts together a Research Team to conduct this research on economic development. The Research Team decides to conduct a survey with a sample of the population in Massinga. The Research Team designs the survey and then goes out into Massinga to administer the survey. After the survey results have been collected, the Research Team analyzes the findings and determines the key barriers to economic development in Massinga.

The Research Team then develops an intervention programme in Massinga based on the research findings. One year later, the Research Team conducts an evaluation of the programme by interviewing participants. They find that the programme was effective, and share these results at an international research seminar on effective economic development programmes.

Uma organização de pesquisa chamada, Pesquisa, quer determinar as barreiras para o

desenvolvimento econômico na comunidade de Massinga, para que eles possam desenvolver um programa de intervenção para promover o desenvolvimento econômico. "Pesquisa" formou uma equipe de investigação para realizar esta pesquisa sobre o desenvolvimento econômico. A equipe de investigação decidiu realizar um inquerito com uma amostra da população em Massinga. A equipe de investigação desenhou o inquerito e depois deslocou-se a Massinga para administrar o inquerito. Depois dos dados do inquerito serem coletados, a equipe analisou os resultados e determinou os principais obstáculos ao desenvolvimento econômico em Massinga.

A equipe de investigação, então, desenvolve um programa de intervenção em Massinga com base nos resultados. Um ano depois, a equipe realizou uma avaliação do programa através de entrevista aos participantes. Eles concluíram que o programa foi eficaz, e compartilharam os resultados em um seminário internacional de pesquisa em programas eficazes de desenvolvimento econômico.

Research stage

Was it participatory? How could it be, and why should it be, made more participatory?

Formulating a research question:

No – the ABC Organization decided what the research should focus on.

Consult with community members regarding community issues and priorities for research and programming. This helps to ensure that the research is relevant, appropriate, and needed for the community.

Planning the study:

No – the Research Team planned the research and designed the survey.

Consult with community members on appropriate research plans and methodologies. This helps to ensure that the research plan and methodologies are appropriate for use in this community.

Collecting data:

Not really – although community members are providing data to the Research Team, they are not involved with collecting the data. Include community members in the research team to go out and collect data. The community's meaningful involvement in collecting data allows the research process to benefit from their insights, and also promotes community ownership of the research process.

Analyzing data:

No – the Research Team analyzed the data and determined the barriers to employment.

Include community members in the data analysis and interpretations of the findings. Community members can bring important insights and perspectives to the research findings, which may have not been otherwise considered.

Developing actions based on the data collected

No – the Research Team and Programme Team designed the intervention programme. Include community members in the development of the programme. This helps to ensure that the intervention programme is relevant and appropriate, and responds to needs in the community.

Research stage: Was it participatory? How could it be, and why should it be, made more participatory?

Analyzing / reflecting on actions

Not really – although the participants provided their feedback, it was the Research Team and Programme Team, which actually conducted the evaluation.

Include community members in deciding which aspects of the programme to evaluate, and how to evaluate it. The community's meaningful involvement in evaluating allows the programme evaluation to benefit from their insights and perspectives. It enables an evaluation process, which better examines whether the programme is effective in the eyes of the community.

Disseminating results

No – the Research Team and Programme Team shared the results at an international seminar.

Share findings with the community. Involve community members in sharing the findings both with the community and at professional seminars.

The community's meaningful involvement allows the research dissemination to benefit from their insights and perspectives, and promotes community ownership of the research process.

Week 2 Day 1 Activity 5 Jigsaw

<http://www.jigsaw.org/steps.htm>

Metodologia de entrevista:

Descrição	Uma entrevista é um método de investigação, projetado para extrair detalhes da perspectiva de um participante. Durante a entrevista, a pessoa que está sendo entrevistada é considerada o especialista e o entrevistador usa técnicas para aprender o máximo possível do participante em relação à sua perspectiva.
Tempo	1-1,5 horas
Objectivos	O objetivo da entrevista é elucidar os detalhes da perspectiva de um participante num tópico de investigação.
Atores e responsabilidades	O entrevistador conduz a entrevista.
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • As entrevistas geralmente são realizadas face a face e envolvem um entrevistador e um participante. • Antes da entrevista, o entrevistador prepara-se para a entrevista. O entrevistador familiariza-se com as perguntas da entrevista e orientações e também prepara os materiais, equipamentos e espaço necessário para a entrevista. • No início da entrevista, o entrevistador obtém o consentimento do participante. • Durante a entrevista, o entrevistador assume garantir a resolução de todas as questões ou tópicos listados no guia de entrevista. • O entrevistador usa habilidades de escuta e perguntas de sondagem para obter detalhes do participante. • O entrevistador toma notas durante a entrevista para completar a gravação.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Gravação de entrevista e transcrição descrevendo a perspectiva do indivíduo. Notas do entrevistador.
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • A entrevistas permite aos investigadores colher informações detalhadas sobre a perspectiva do indivíduo. • A entrevista permite a confidencialidade mais do que discussões de grupos focais e outras metodologias de investigação que utilizam grupos.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • As entrevistas são demoradas. • As entrevistas requerem um espaço tranquilo. • As entrevistas devem ser gravadas ou caso contrário documentadas em detalhe. • O entrevistador deve ser habilidoso na resposta aos sinais do participante e deve estar alerta.
Sugestões e comentários	O entrevistador deve ser hábil na escuta e fazer perguntas sobre o que estão investigando, mas não liderar a conversa.

Grupos Focais

Tempo	1-2 horas
Objectivos	O propósito de uma discussão de grupo focal é capacitar os participantes na partilha e discussão dos seus pontos de vista diferentes sobre um tópico específico.
Atores e responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> • O facilitador orienta a discussão. • O anotador toma notas detalhadas na discussão. • A discussão envolve 8 a 12 participantes.
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Discussões em grupos focais funcionam melhor quando são realizadas por dois investigadores. Um investigador facilita a discussão e o outro toma notas detalhadas durante a discussão. Ambos os investigadores devem estar preparados para executar qualquer função, no caso de tornar-se necessário mudar de papéis durante a discussão do grupo focal. • O facilitador é responsável por liderar a discussão, colocando todas as perguntas especificadas no guia de perguntas do grupo focal, mantendo a discussão em curso e encorajando todos os participantes a contribuir. • O anotador é principalmente responsável por tomar notas detalhadas da discussão. O anotador também é geralmente responsável por facilitar a logística de partidas e chegadas de participantes e para tarefas relacionadas à gravação (funcionamento do gravador de som, rotular as gravações e tomar as medidas adequadas para as proteger quando terminar a sessão) e gerir quaisquer distrações externas que possam surgir durante a discussão do grupo focal. • O consentimento informado deve ser obtido junto dos participantes quando eles são inicialmente recrutados para o grupo focal. Os participantes devem ser informados sobre o objectivo da investigação, o tema de discussão do grupo focal e de como serão usados os dados da discussão do grupo e quem terá acesso a eles • Geralmente os grupos de discussão focal devem ser formados com 8 a 10 pessoas, com um máximo de 12. • Os investigadores devem marcar com os participantes o tempo e o lugar para a discussão do grupo focal. • Antes da discussão do grupo focal, os dois investigadores devem preparar-se para a discussão. Eles familiarizam-se com o guia de perguntas do grupo focal e preparam os materiais, equipamentos e espaço necessário para a discussão. Eles debatem as suas respectivas funções. • Quando os participantes chegam para a discussão, o consentimento informado deve ser obtido novamente. O facilitador congratula-se com todos e clarifica o seu papel, bem como o papel anotador. O facilitador discute a

	<p>importância da confidencialidade e pergunta se todos estão de acordo em manter a discussão confidencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O facilitador inicia a discussão com a primeira pergunta principal do guia de perguntas do grupo focal. O facilitador usa habilidades de escuta, habilidades de facilitação e perguntas de sondagem para provocar a discussão dos participantes. Durante a discussão, o facilitador assume garantir o esclarecimento de todas as questões ou tópicos listados no guia de perguntas do grupo focal. O anotador toma notas detalhadas na discussão. O anotador também lida com questões logísticas. Quando a discussão estiver concluída, o facilitador lembra aos participantes a necessidade de manter a confidencialidade e agradece a todos pela participação. • Depois de deixar os participantes, os dois investigadores fazem um resumo e compartilham idéias adicionais surgidas na discussão.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Gravações e transcrições das discussões do grupo focal. • Facilitador e anotador - notas.
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • As discussões de Grupos focais produzem uma grande quantidade de informações durante um período de tempo relativamente curto. • As discussões de Grupos focais são eficazes para aceder a uma ampla gama de pontos de vista sobre um tema específico e capturam informações sobre normas sociais. • As discussões de Grupos focais são adequadas para a investigação que será usada para desenvolver ou prestar serviços à medida que atendam as necessidades de uma dada população.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • As discussões de Grupos focais não são o melhor método para a aquisição de informações sobre temas altamente pessoais ou socialmente sensíveis. • A confidencialidade dos participantes é difícil de garantir porque numerosos membros da Comunidade estão presentes e participam na discussão. • As discussões de Grupos focais são difíceis de facilitar porque elas implicam garantir que todos tem a possibilidade de falar e de contribuir.
Sugestões e comentários	<p>Mantenha o seu grupo focal de discussão num local que seja confortável, facilmente acessível para os participantes e livre de distrações. Tente organizar um serviço de guarda de crianças se o seu grupo-alvo inclui as mães para que possam assistir e participar activamente. O facilitador deve ser hábil na facilitação e manipulação das dinâmicas de grupo. O facilitador deve também responder às sugestões, fazer perguntas abertas de sondagem e evitar perguntas principais.</p>

Metodologia FotoVoz

Descrição	A FotoVoz é uma metodologia de investigação ação participativa, em que os membros da Comunidade usam a fotografia para registar e refletir os problemas e pontos fortes da sua comunidade. A FotoVoz promove o diálogo crítico e o conhecimento sobre questões pessoais e comunitárias, através de discussões de grandes e pequenos grupos de fotografias.
Tempo	Duas sessões, cerca de 1 hora cada.
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • A FotoVoz pretende ter participantes que apresentam as suas perspectivas sobre questões da Comunidade, através de fotografias que tiraram. • A FotoVoz pretende ter participantes que compartilham, discutem e analisam as questões da Comunidade por meio de discussão estimulada por fotografias.
Actores e responsabilidades	A FotoVoz requer um facilitador para executar as sessões e um anotador para anotar as características mais salientes da discussão. A FotoVoz pode ser realizada com grupos de 8 a 10 pessoas de cada vez.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Na primeira sessão, os participantes são informados sobre o objectivo do estudo e a metodologia FotoVoz. A ética das fotografias é discutida, e os participantes são ensinados a usar as cameras. O facilitador e os participantes concordam sobre o tempo necessário para completar os rolos de filme dispensados, que voltarão a ser dados ao facilitador para revelação / impressão. • Entre a primeira e a segunda sessões, os participantes tiram fotografias para representar as suas perspectivas sobre o tema de investigação. Os rolos de filme são devolvidos ao facilitador no prazo acordado. O facilitador deve editar duas séries de cada rolo de filme revelado. • Na segunda sessão, o facilitador retorna as fotos reveladas aos participantes. Os participantes são convidados a olhar as suas próprias fotografias e a seleccionar aquelas que sentem melhor refletir com precisão as preocupações da comunidade e seus recursos. • Os participantes deverão então compartilhar as suas histórias com o grupo para explicar o que significam as suas fotografias. Isso permite que as fotografias sejam contextualizadas. É imperativo que as fotografias sejam anexadas às histórias que as pessoas contam sobre eles, para permitir que elas possam expressar a sua experiência individual e coletiva. • Finalmente, o grupo trabalha em conjunto para codificar as fotografias e identificar as questões, temas e teorias que emergem a partir das fotografias e do debate. Isto é feito através de uma discussão facilitada.
Resultados	Fotografias que representam a resposta à sua pergunta de investigação. Notas detalhadas sobre a discussão e a codificação das imagens.

Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • A FotoVoz permite aos indivíduos apresentar as suas próprias percepções da Comunidade através de fotografias. • A FotoVoz é uma metodologia particularmente boa para incluir populações vulneráveis num estudo, pois dá uma voz e uma plataforma para discussão aos indivíduos. • A FotoVoz permite aos membros da comunidade fazer a sua própria análise de suas forças de Comunidade e preocupações. • A FotoVoz é um método que permite que as pessoas definam para si e para os outros, incluindo os políticos, os fabricantes, o que vale a pena lembrar e o que precisa ser alterado. • A FotoVoz é uma metodologia particularmente eficaz para usar com os decisores políticos, porque os visuais das fotografias e suas histórias anexadas fazem prova poderosa das percepções de uma comunidade sobre a sua própria situação.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • A FotoVoz é relativamente cara, pois envolve os custos de cameras e revelação dos rolos de filme. • A confidencialidade dos participantes é difícil de garantir porque vários membros da Comunidade estarão presentes nos debates sobre as fotografias. • A FotoVoz é difícil de facilitar porque implica garantir que todos tem a possibilidade de falar e contribuir. • A FotoVoz não pode ser considerada adequada em determinadas comunidades.
Sugestões e comentários	<ul style="list-style-type: none"> • As considerações éticas da FotoVoz são particularmente importantes. Assim, é imperativo que as discussões conduzidas na primeira sessão incidam sobre a ética da fotografia. As perguntas podem incluir: o que é uma maneira aceitável de aproximar-se de alguém para tirar a sua fotografia? Alguém deve tirar fotos de outras pessoas sem o seu conhecimento? A quem você deseja dar fotografias e quais poderiam ser as implicações? • É importante dar cópias das fotografias aos participantes que por sua vez podem compartilhá-los com os seus sujeitos. • Uma exposição de fotografia é um mecanismo de divulgação eficaz. No entanto, é importante que os fotógrafos tenham obtido permissão para que isso dos seus sujeitos ao tirar as fotografias.

Metodologia de Cronograma Comunitario

Descrição	Membros da comunidade trabalham juntos para criar uma linha do tempo da história da sua comunidade. Esta ferramenta desenha o conhecimento que os Membros da comunidade têm sobre a história dessa comunidade.
Tempo	1 hora
Objectivos	A finalidade da atividade do cronograma comunitário é trabalhar como um grupo para: <ul style="list-style-type: none"> • identificar eventos importantes na história da Comunidade (em relação a uma questão específica, ou em geral) • reunir perspectivas introspectivas dos membros da Comunidade sobre a história dessa comunidade
Atores e responsabilidades	Um facilitador conduz a sessão. Um anotador toma notas detalhadas na discussão.
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Uma linha em branco é colocado no quadro ou papel, com apenas marcadores de tempo. A linha do tempo pode ser dividida em horas, dias, meses, anos ou décadas, dependendo do objectivo da atividade. • Os participantes recebem marcadores e cartões em branco. Eles escrevem um grande evento em cada cartão e fixam-no com um alfinete na linha do tempo. O que é definido como um grande evento depende do objetivo da atividade e da percepção do participante. • Quando os participantes puseram todos os seus grandes eventos na linha, todos devem dar um passo para trás ter uma perspectiva geral. • O facilitador pergunta se falta alguma coisa, se um participante percebe que falta algo, eles podem colocar um cartão sobre isso na linha então. • O facilitador promove a discussão sobre o que a linha do tempo mostra (reflexão e análise). • O cronograma deve ser documentado (talvez fotografado).
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Um cronograma comunitário indicando os principais eventos na história da Comunidade (do ponto de vista dos membros da Comunidade). • Notas sobre a discussão.
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Os membros da Comunidade compartilham as suas próprias perspectivas sobre os eventos importantes na história da sua comunidade e fazem a sua própria análise desta linha de tempo. • O cronograma comunitário pode ser criado rapidamente e a baixo custo. • Podemos reunir uma grande quantidade de informações sobre a Comunidade e sobre muitos membros diferentes da Comunidade num curto espaço de tempo.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • A confidencialidade dos participantes é difícil de garantir porque são numerosos os membros da Comunidade presentes e participando nesta atividade e discussão. • A discussão depois da atividade de desenho do cronograma comunitário pode ser difícil de gerir.
Sugestões e comentários	Prepare materiais para a linha do tempo com antecedência.

A actividade do cronograma comunitário pode ser adaptada para diferentes objectivos:

- A actividade pode ser usada para fazer cronogramas individuais, demonstrando grandes eventos na vida de um indivíduo. Ele pode ser usado para traçar as principais metas no desenvolvimento da criança.
- Esta actividade também pode ser usada para o planeamento. Os membros da Comunidade e os grupos de trabalho podem traçar os seus planos de ação na linha do tempo.

Metodologia de Inquérito

Descrição	Inquérito são questionários com perguntas fechadas que têm um número limitado de opções das quais as pessoas podem escolher as suas respostas.
Tempo	15-30 minutos ideal, mas isso depende da extensão do questionário.
Objectivos	O objetivo da inquérito é avaliar informações sobre os entrevistados e suas perspectivas. Inquéritos são usados quando queremos obter informações que podem ser visualizadas numericamente. Eles permitem uma amplitude de informações sobre um determinado tópico.
Atores e Responsabilidades	Um investigador aplica o questionário. Se os entrevistados são alfabetizados, podem responder directamente.
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • O inquérito é um questionário com perguntas fechadas, com escolha de opções para que o entrevistado selecione: • se os entrevistados são alfabetizados, eles podem preencher o questionário. Se os entrevistados são analfabetos, o investigador verbalmente pergunta aos entrevistados as questões juntamente com as opções possíveis e regista as suas respostas. • O investigador deve fazer as perguntas da mesma forma para cada entrevistado. • É imperativo que o investigador obtenha o consentimento dos entrevistados e que os informe sobre os objectivos do questionário e o que isso implica.
Resultados	Um questionário preenchido com informações que podem ser representadas numericamente.
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • A inquérito é relativamente rápida a executar, em comparação com outras metodologias de investigação. • Os inquéritos são relativamente fáceis de administrar para o investigador e para o entrevistado, em relação a outras metodologias de investigação. • O inquérito permite um maior grau de confidencialidade do que outras metodologias de investigação. • O inquérito pode ser realizada quase em qualquer lugar. • O inquérito permite a abrangência das informações que podem ser representadas numericamente. • Os inquéritos são relativamente baratos para realizar, em comparação com outras metodologias de investigação.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • O inquérito não permite a profundidade das informações. • Os inquéritos são difíceis de usar com perguntas como "porquê" e "como". • Os entrevistados podem exagerar em certas perguntas do inquérito, sem pensar. • No inquérito, o investigador não pode obter retorno ou solicitar esclarecimentos dos entrevistados.
Sugestões e comentários	<ul style="list-style-type: none"> • O investigador deve manter as perguntas exatamente como elas estão escritas no questionário. • O investigador não deve colocar quaisquer informações de identificação sobre o questionário, a fim de manter a confidencialidade dos entrevistados.

Metodologia de mapeamento comunitário

Descrição	Um Mapeamento Comunitário é um mapa construído por membros da Comunidade utilizando materiais locais para retratar os recursos da sua comunidade (como recursos naturais, infra-estruturas e equipamentos sociais). Esta actividade envolve a análise pela Comunidade dos recursos que aí existem associando-os às disparidades que também existem.
Tempo	1-2 horas, dependendo de quantos membros da Comunidade participam e o tamanho da Comunidade.
Objectivos	Esta actividade é realizada para obter uma visão geral dos recursos numa área, tal como percebidos pelos membros da Comunidade. Através desta actividade, o investigador apreende as percepções dos membros da Comunidade sobre as suas disparidades, os seus recursos e possibilidades, problemas e necessidades, que surgem através da informação que recebeu no mapa de recursos comunitários.
Atores e Responsabilidades	Esta actividade será conduzida por um facilitador que irá liderar o processo de mapeamento de recursos comunitários e um anotador que irá anotar os pontos de discussão que surgem durante o processo. Esta actividade é aberta a todos os membros da Comunidade que queiram participar.
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Convidar os membros da Comunidade para participarem nesta actividade. Tente incluir uma diversidade de membros da Comunidade em termos de etnia, religião, sexo, etc. • Peça aos participantes para desenhar um mapa no chão mostrando toda a aldeia com todos os itens importantes, com base na sua percepção. Estes devem incluir os recursos naturais (ou seja, terra, campos, florestas, rios, etc.), infra-estruturas (ou seja, estradas, caminhos, água, tanques, etc.) e equipamentos sociais (escolas, hospitais, casas, etc.). <ul style="list-style-type: none"> • Peça aos participantes para usar materiais locais (tais como folhas, sementes, pedras, etc.) para representar os vários itens do mapa. • Durante todo o processo, certifique-se de que os outros membros da Comunidade estão de acordo quando alguém arranja ou reorganiza algo no mapa. Se discordam, perguntar porque razões e tentar facilitar o processo para chegar a um acordo geral. <ul style="list-style-type: none"> • Perguntar aos membros da Comunidade quem eles acham que são os membros vulneráveis da Comunidade e onde se situam essas populações. Por exemplo, perguntar aos membros da comunidade onde há uma maior concentração de pessoas com doenças no mapa e pedir-lhes para caracterizar essas populações com base na etnia, indicadores sócio-económicos, distância das instalações, etc. a fim de identificar as razões para essas vulnerabilidades. • Peça a um dos membros da Comunidade para desenhar uma cópia do recurso mapa em papel. Certifique-se de que a cópia realmente representa o original e que a legenda está completa.
Resultados	Um mapa de recursos comunitários representando os recursos disponíveis na

	Comunidade. O anotador terá também tirado notas sobre as principais características da discussão que ocorre quando o mapa está a ser construído.
Vantagens	<p>Membros da Comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • fazem a sua própria análise da sua comunidade. • Os mapeamentos de recursos comunitários são relativamente baratos para realizar. • Os mapeamentos de recursos comunitários são de execução rápida porque em uma ou duas horas podemos obter informações de muitos membros de uma comunidade. • Podemos reunir muitas informações sobre uma Comunidade usando um mapa de recursos comunitários.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • A confidencialidade dos participantes é difícil de garantir porque são numerosos os membros da Comunidade presentes e participantes nesta atividade e discussão. • O Mapeamento de recursos comunitários é difícil de facilitar porque envolve a garantia de que todos têm a possibilidade de falar e contribuir. • Uma vez que o mapeamento de recursos comunitários é aberto a todos os membros da Comunidade, as dinâmicas de poder da Comunidade podem afectar a atividade. Por exemplo, uma pessoa pode dominar a atividade de mapeamento de recursos comunitários talvez devido à sua idade ou estatuto na Comunidade e assim silenciar outros pontos de vista.
Sugestões e comentários	<ul style="list-style-type: none"> • Escolha um local adequado para a construção do mapa. • Certifique-se de que muitas pessoas da Comunidade estão envolvidas. Incentive os não participantes a se envolverem. • Tentar tirar conclusões sobre as perspectivas relativas dos vários grupos na Comunidade. Ouvir atentamente o que as pessoas dizem durante a atividade.

Week 2 Day 1 Activity 5 Jigsaw extras:

- key informant interviews (KIIs)
<http://transition.usaid.gov/policy/evalweb/documents/TIPS-ConductingKeyInformantInterviews.pdf>
 - published and grey literature review
http://cdn.elsevier.com/assets/pdf_file/0014/110543/2010RichardHuffine.pdf
 - document review http://siteresources.worldbank.org/WBI/Resources/213798-1194538727144/11Final-Document_Review.pdf
 - Rapid Rural Appraisal
<http://www.iisd.org/casl/caslguide/rapidruralappraisal.htm>
 - Outcome Mapping (re IDRC) <http://www.outcomemapping.ca/about/faqs.php>
- Ecosystem Approach/One Health <http://www.cbd.int/ecosystem/description.shtml>

Survey Methodology: Handout

Description	Surveys are questionnaires with close-ended questions that have a limited number of options from which people can select their responses.
Time	15-30 minutes ideally, but it depends on the length of the questionnaire.
Objectives	The purpose of a survey is to gauge information about respondents and their perspectives. Surveys are used when we want information that can be viewed numerically. They allow for a breadth of information about a particular topic.
Actors and Responsibilities	A researcher administers the questionnaire. If respondents are literate, they can fill out the questionnaire themselves. If respondents are nonliterate, the researcher verbally asks respondents the questions along with the possible options and records their responses.
Activities	<input type="checkbox"/> Surveys are questionnaires with close-ended questions with select options for the respondent to select from <input type="checkbox"/> If respondents are literate, they can fill out the questionnaire themselves. If respondents are non-literate, the researcher verbally asks respondents the questions along with possible options and records their responses. <input type="checkbox"/> The researcher must ask the questions in the same way to each respondent. <input type="checkbox"/> It is imperative that the researcher gets the consent of respondents and informs them about the objectives of the questionnaire and what it will entail.
Outcomes	A filled questionnaire with information that can be represented numerically
Advantages	<p>Surveys are relatively quick to administer compared to other research methodologies.</p> <input type="checkbox"/> Surveys are relatively easy to administer for both the researcher and respondent compared to other research methodologies <input type="checkbox"/> Surveys allow for a greater degree of confidentiality than other research methodologies <input type="checkbox"/> Surveys can be conducted almost anywhere <input type="checkbox"/> Surveys allow for breadth of information which can be represented numerically <input type="checkbox"/> Surveys are relatively cheap to administer compared to other research methodologies
Disadvantages	<p>Surveys do not allow for depth of information</p> <input type="checkbox"/> Surveys are difficult to use for “why” and “how” questions <input type="checkbox"/> Respondents may speed through questions in a survey without thinking <input type="checkbox"/> In a survey, the researcher cannot get feedback or request clarification from respondents

Suggestions and Comments	<p>The researcher must stick to the exact questions as they are written in the questionnaire</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> The researcher should not put any identifying information on the questionnaire in order to maintain the confidentiality of respondents.</p>
---------------------------------	---

Interview Methodology: Handout

Description	<p>An interview is a research method designed to draw out details of a participant's perspective. During the interview, the person being interviewed is considered the expert and the interviewer uses techniques to learn as much as possible from the participant regarding their perspective.</p>
Time	1-1.5 hour
Objectives	<p>The purpose of an interview is to elicit details of a participant's perspective on a research topic.</p>
Actors and Responsibilities	<p>The interviewer conducts the interview.</p>
Activities	<p>Interviews are generally conducted face-to-face, and involve one interviewer and one participant.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Before the interview, the interviewer prepares for the interview. The interviewer familiarizes herself with the interview questions and guidelines, and also prepares the materials, equipment, and space needed for the interview.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> At the beginning of the interview, the interviewer obtains informed consent from the participant.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Throughout the interview, the interviewer ensures to address all questions or topics listed in the interview guide.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> The interviewer uses listening skills and probing questions to elicit details from the participant.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> The interviewer takes notes throughout the interview to supplement the recording.</p>
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> • Interview recording and transcript describing the individual's perspective. • Interviewer's notes.
Advantages	<ul style="list-style-type: none"> • Interviews allow researchers to gather in-depth information about an individual's perspective.

	<ul style="list-style-type: none"> • Interviews allow for more confidentiality than Focus Group Discussions and other research methodologies which use groups.
Disadvantages	<input type="checkbox"/> Interviews are time-consuming. <input type="checkbox"/> Interviews require a quiet space. <input type="checkbox"/> Interviews need to be recorded or otherwise documented in detail. <input type="checkbox"/> The interviewer needs to be alert and skilled in responding to cues from the participant.
Suggestions and Comments	The interviewer should be skilled in listening and in asking questions that are probing but not leading.

Focus Group Discussion Methodology: Handout

Description	Focus group discussions are a qualitative data collection method in which one or two researchers and several participants meet as a group to discuss a given research topic.
Time	1-2 hours
Objectives	The purpose of a focus group discussion is to enable participants to share and discuss their different views on a specific topic.
Actors and Responsibilities	<input type="checkbox"/> The facilitator guides the discussion. <input type="checkbox"/> The note-taker takes detailed notes on the discussion. <input type="checkbox"/> The discussion involves 8 to 12 participants.
Activities	<input type="checkbox"/> Focus group discussions work best when conducted by two researchers. One researcher facilitates the discussion and the other researcher takes detailed notes during the discussion. Both researchers should be prepared to perform either role, in case it becomes necessary to switch roles during the focus group. <input type="checkbox"/> The facilitator is responsible for leading the discussion, posing all the questions specified in the focus group question guide, keeping the discussion on track, and encouraging all participants to contribute. <input type="checkbox"/> The note-taker is primarily responsible for taking detailed notes of the discussion. The note-taker is also generally responsible to facilitate logistics of participant arrivals and

	<p>departures, and for tasks related to recording (operating the tape recorder, labeling the cassette tapes, and taking appropriate measures to protect the tapes once the session is over), and handling any external distractions that come up during the focus group discussion.</p> <p><input type="checkbox"/> Informed consent should be obtained from participants when they are initially recruited for the focus group. Participants should be informed about the purpose of the research, the topic of the focus group discussion, and how the focus group discussion data will be used and who will have access to it.</p> <p><input type="checkbox"/> Generally focus groups should be held with 8 to 10 people, with a maximum of 12.</p> <p><input type="checkbox"/> The researchers should remind participants of the time and place for the focus group discussion.</p> <p><input type="checkbox"/> Before the focus group discussion, the two researchers prepare for the discussion. They familiarize themselves with the focus group question guide, and prepare the materials, equipment, and space needed for the discussion. They discuss their respective roles.</p> <p><input type="checkbox"/> When participants arrive for the discussion, informed consent should be obtained again. The facilitator welcomes everyone and clarifies her role, as well as the role of the note-taker. The facilitator discusses the importance of confidentiality and asks for everyone's agreement to keep the discussion confidential.</p> <p><input type="checkbox"/> The facilitator begins the discussion with the first main question from the focus group question guide. The facilitator uses listening skills, facilitation skills, and probing questions to elicit discussion from participants. Throughout the discussion, the facilitator ensures to</p>
--	---

	<p>address all questions or topics listed in the focus group question guide. The note-taker takes detailed notes on the discussion. The note-taker also handles logistical issues. When the discussion is complete, the facilitator reminds participants of the need to maintain confidentiality, and thanks everyone for participating.</p> <p><input type="checkbox"/> After participants leave, the two researchers debrief and share additional insights on the discussion.</p>
Outcomes	<p><input type="checkbox"/> Tape recordings and transcripts of the focus group discussions.</p> <p><input type="checkbox"/> Facilitator's and note-taker's notes.</p>
Advantages	<p><input type="checkbox"/> Focus group discussions yield a large amount of information over a relatively short period of time.</p> <p><input type="checkbox"/> Focus group discussions are effective for accessing a broad range of views on a specific topic, and for capturing information about social norms.</p> <p><input type="checkbox"/> Focus group discussions are well suited for research that will be used to develop or measure services that meet the needs of a given population.</p>
Disadvantages	<p><input type="checkbox"/> Focus group discussions are not the best method for acquiring information on highly personal or socially sensitive topics.</p> <p><input type="checkbox"/> Confidentiality of participants is difficult to ensure as numerous members of the community are present and participating in the discussion.</p> <p><input type="checkbox"/> Focus group discussions are difficult to facilitate because they involve ensuring that everyone gets a chance to speak and contribute.</p>
Suggestions and Comments	<ul style="list-style-type: none"> • Hold your focus group discussion at a location that is comfortable, easily accessible for participants, and free of distractions. • Try to arrange child care arrangements if your target group includes mothers so that they can attend and actively participate.

	<ul style="list-style-type: none"> • The facilitator needs to be skilled in facilitation skills and handling group dynamics. The facilitator also needs to respond to cues, ask probing open-ended questions, and avoid leading questions.
--	---

PhotoVoice Methodology: Handout

Description	PhotoVoice is a participatory action research methodology, in which community members use photography to record and reflect their community's strengths and problems. PhotoVoice promotes critical dialogue and knowledge about personal and community issues through large and small group discussions of photographs.
Time	Two sessions, approximately 1 hour each.
Objectives	<input type="checkbox"/> PhotoVoice aims to have participants represent their perspectives on community issues through photographs they have taken. <input type="checkbox"/> PhotoVoice aims to have participants share, discuss, and analyze community issues through discussion stimulated by the photographs.
Actors and Responsibilities	PhotoVoice requires one facilitator to run the sessions and a note taker to note down salient features of the discussion. PhotoVoice can be conducted with groups of 8 to 10 people at a time.
Activities	<input type="checkbox"/> In the first session, participants are told about the purpose of the research study and the PhotoVoice methodology. The ethics of photography are discussed, and participants are taught how to use the cameras. The facilitator and participants agree upon a time by which completed reels of film are to be given to the facilitator for development. <input type="checkbox"/> In between the first and second sessions, participants take photographs to represent their perspectives on the research topic. The reels of film are returned to the facilitator by the agreed upon

	<p>time. The facilitator gets two sets of each reel of film developed.</p> <p><input type="checkbox"/> At the second session, the facilitator returns the developed photos to the participants. Participants are asked to look through their own photos and select the ones they feel most accurately reflect the community's concerns and assets.</p> <p><input type="checkbox"/> The participants then share stories with the group to explain what their photographs mean. This allows the photographs to be contextualized. It is imperative that the photographs be attached to the stories that people tell about them to allow people to voice their individual and collective experience.</p> <p><input type="checkbox"/> Finally, the group works together to codify the photographs by identifying the issues, themes, and theories that emerge from the photographs and the discussion. This is done through a facilitated discussion.</p>
Outcomes	<p>Photographs representing the answer to your research question. Detailed notes about the discussion and the codification of the pictures.</p>
Advantages	<p><input type="checkbox"/> PhotoVoice allows individuals to present their own perceptions of the community through photographs.</p> <p><input type="checkbox"/> PhotoVoice is particularly a good methodology to include vulnerable populations in a research study, as it gives a voice and a platform for discussion to individuals.</p> <p><input type="checkbox"/> PhotoVoice enables community members to do their own analysis of their community strengths and concerns.</p> <p><input type="checkbox"/> PhotoVoice is a method that allows people to define for themselves and others, including policy makers, what is worth remembering and what needs to be changed.</p> <p><input type="checkbox"/> PhotoVoice is a particularly effective methodology to use with policy makers, as the visuals of the photographs and their attached stories make for powerful evidence of a community's perceptions of its own situation.</p>
Disadvantages	<p><input type="checkbox"/> PhotoVoice is relatively expensive as it involves the costs of cameras and developing reels of film.</p> <p><input type="checkbox"/> Confidentiality of participants is difficult to ensure as multiple members of the community will be present at the discussions regarding the photographs.</p> <p><input type="checkbox"/> PhotoVoice is difficult to facilitate because it involves ensuring that everyone gets a chance to speak and contribute.</p> <p><input type="checkbox"/> PhotoVoice may not be considered appropriate in certain communities.</p>
Suggestions and Comments	<p><input type="checkbox"/> The ethical considerations of PhotoVoice are particularly important. Thus, it is imperative that discussions be conducted in the first session about the ethics of photography. Questions can include: What is an acceptable way to approach someone to take</p>

	<p>their picture? Should someone take pictures of other people without their knowledge? To whom might you wish to give photographs and what might be the implications?</p> <p><input type="checkbox"/> It is important to give copies of the photographs to the participants who can in turn share them with their subjects.</p> <p><input type="checkbox"/> A photo displays an effective dissemination mechanism. However, it is important that photographers get permission for this from their subjects while taking photographs.</p>
--	---

Community Timeline Methodology: Handout

Description	Community members work together to create a timeline of their community's history. This tool draws on the knowledge community members have about their community's history.
Time	1 hour
Objectives	<p>The purpose of community timeline activity is to work as a group to:</p> <p><input type="checkbox"/> identify major events in the community's history (as related to a particular issue, or in general)</p> <p><input type="checkbox"/> gather insight into community members' perspectives on their community's history</p>
Actors and Responsibilities	<p>A facilitator leads the session.</p> <p>A note-taker takes detailed notes on the discussion.</p>
Activities	<input type="checkbox"/> A blank timeline is placed up on the wall, with only markers of time.

	<p>The timeline may be broken up into hours, days, months, years, or decades, depending on the objective of the activity.</p> <p><input type="checkbox"/> Participants are given blank notecards and markers. They write a major event on each notecard and stick it up on the timeline. What is defined as a major event depends on the objective of the activity and the perception of the participant.</p> <p><input type="checkbox"/> After participants have put up all their major events, everyone steps back to take a look.</p> <p><input type="checkbox"/> The facilitator asks if anything is missing if a participant notices something missing, they can put up a notecard about it right then.</p> <p><input type="checkbox"/> The facilitator facilitates a discussion on what the timeline shows (reflection and analysis).</p> <p><input type="checkbox"/> The timeline should be documented (photographed perhaps).</p>
Outcomes	<p><input type="checkbox"/> A community timeline indicating major events in the community's history (from the perspective of community members).</p> <p><input type="checkbox"/> Notes on the discussion.</p>
Advantages	<p><input type="checkbox"/> Community members share their own perspectives on major events in their community's history, and do their own analysis of this timeline.</p> <p><input type="checkbox"/> Community timelines can be created fairly quickly and at low cost.</p> <p><input type="checkbox"/> We can gather a great deal of information about the community from many different community members in a short time.</p>
Disadvantages	<p><input type="checkbox"/> Confidentiality of participants is difficult to ensure as numerous members of the community will be present and participating in this activity and discussion.</p> <p><input type="checkbox"/> The discussion after community timeline activity may be difficult to facilitate.</p>
Suggestions	Prepare materials for the timeline in advance.

and Comments	<p>The community timeline activity can be adapted for different purposes:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> This activity can be used to make individual timelines, demonstrating major events in the life of an individual. It might be used to chart major milestones in a child's development.<input type="checkbox"/> This activity can also be used for planning. Community members and working groups can chart their action plans on the timeline.
---------------------	---

Community Mapping Methodology: Handout

Description	A community map is a map constructed by community members using local materials to depict the resources in their community (such as natural resources, infrastructure, and social facilities). This activity involves the community's analysis of the resources in their community and the associated disparities that exist.
Time	1-2 hours, depending on how many community members participate and the size of the community.
Objectives	This activity is conducted to gain an overview of the resources in an area, as perceived by community members. Through this activity, the researcher learns about community members' perceptions about the disparities in the community regarding its resources and the possibilities, problems, and needs that arise through the information garnered through the community resource map activity.
Actors and Responsibilities	This activity will be conducted by a facilitator who will lead the community resource map activity and a note taker who will note down the key discussion points that arise during the process. This activity is open to all members of the community who wish to participate.
Activities	<input type="checkbox"/> Invite community members to participate in this activity. Try to include a diversity of community members in terms of ethnicity, religion, gender, etc. <input type="checkbox"/> Ask the participants to draw a map on the ground showing the whole village with all the important items, based on their perception. These

	<p>should include natural resources (i.e. land, fields, forests, rivers, etc.), infrastructure (i.e. roads, paths, well, water tanks, etc.), and social facilities (schools, hospitals, houses, CBOs, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Ask the participants to use local materials (such as leaves, seeds, stones, etc.) to represent the various items on the map.</p> <p><input type="checkbox"/> Throughout the process, ensure that other community members agree when somebody has arranged or rearranged something on the map. If they disagree, ask for reasons and try to facilitate the process to reach a general agreement.</p> <p><input type="checkbox"/> Ask community members which populations they think are vulnerable in the community and where these populations are located. For example, ask community members where there is a greater concentration of people with illnesses on the map and ask them to characterize these populations based on ethnicity, socio-economic indicators, distance from facilities, etc. in order to identify the reasons for these vulnerabilities.</p> <p><input type="checkbox"/> Ask one of the community members to draw a copy of the resource map on paper. Make sure that the copy really represents the original and that the legend is complete.</p>
Outcomes	<p>A community resource map depicting the resources available in the community. The note taker will also have notes on the salient features of the discussion that takes place as the map is being constructed.</p>
Advantages	<p><input type="checkbox"/> Community members do their own analysis of their community.</p> <p><input type="checkbox"/> Community resource maps are relatively cheap to conduct.</p> <p><input type="checkbox"/> Community resource maps are quick to conduct because in an hour or two we can get information from many members of one community.</p>

	<input type="checkbox"/> We can garner lots of information about a community using a community resource map.
Disadvantages	<input type="checkbox"/> Confidentiality of participants is difficult to ensure as numerous members of the community will be present and participating in this activity and discussion. <input type="checkbox"/> Community resource mapping is difficult to facilitate because it involves ensuring that everyone gets a chance to speak and contribute. <input type="checkbox"/> Since community resource mapping is open to all members of the community, community power dynamics may play out during the activity. For example, one person may dominate the community resource map activity (perhaps due to seniority in age or status in the community) and thereby silence other points of view.
Suggestions and Comments	<input type="checkbox"/> Choose a suitable place for the construction of the map. <input type="checkbox"/> Ensure that many people in the community are involved. Encourage non-participants to get involved. <input type="checkbox"/> Try to draw conclusions about the relative perspectives of various groups in the community. Listen carefully to what people say during the activity.

Comparative Chart of Research Methodologies

Methodology	Time required	Administration: Level of difficulty	Degree of Confidentiality	Facilities/materials required	Breadth of data	Depth of data	Cost	Quantitative representation	Qualitative representation	Possibility for clarification/feedback	Facilitator skill level required	Level of community involvement
Survey												
Interview												
Focus Group												
PhotoVoice												
Community Timeline												
Community Mapping												

Comparative Chart of Research Methodologies

Metodologia	Tempo necessário	Administração: Nível de dificuldade	Grau de confidencialidade	Equipamentos/materiais necessários	abrangencia de dados	Profundidade dos dados	Custo	Representação quantitativa	Representação qualitativa	Possibilidade de esclarecimento/gabarito	Habilidade de facilitador nível exigida	Nível de envolvimento da Comunidade
Inquerito												
Entrevista												
Grupo focal												
Photo-Voice												
Cronograma de comunidade												
Mapeamento da Comunidade												

Week 2 Day 2 (Class 5)**Questão de pesquisa:**

2. **Quais são os conhecimentos atitudes, percepções e hábitos de distribuição dos farmacêuticos comunitários, relativos aos antibióticos e resistência microbiana.**
3. **Como pode ser aplicada a PAR para analisar e resolver problemas de papéis nas salas de aula inclusivas?**

Como é que nos podemos ensinar indivíduos com níveis de alcance e necessidades diferentes dentro da nossas salas de aula?

4. **Quais são as atitudes pontos de vistas e características de cuidadores pagos e suas identidades como cuidadores pagos?**
5. **Qual é a eficácia de uma única dose de dexametasona oral (Dex) versus 5 dias de duas vezes ao dia de prednisolona (Pred) no manejo de casos de exacerbação de asma ligeira a moderada em crianças.**
6. **Há um considerável interesse nos potenciais subsidiários do sector privado em aumentar a disponibilidade e acessibilidade da terapias combinada baseada em artemisina (ACT) para o tratamento da malária. 3 distritos no Quênia foram dados pacotes subsidiados de ACT pediátrica, foram dadas aos retalhistas, foi feito um treinamento a uma equipe de retalhistas, e foram levadas a cabo actividades de consciencialização da comunidade. Os resultados demonstraram um aumento significativo na disponibilidade de ACT e cobertura, embora o aconselhamento aos pacientes e adesão foram abaixo do ideal. Qual foi a causa dos sucessos e limitações desta intervenção.**
7. **Quais são as experiências de familiares de enfermeiros migrantes no que diz respeito aos custos e benefícios da migração de enfermeiros?**

8. **O objectivo deste estudo foi avaliar as opiniões dos pais sobre as vantagens e desvantagens de atendimento ambulatorio em oncologia pediátrica em comparação ao internamento.**
9. **Qual é o impacto de perguntas relativas à auto-mutilação, suicídio, e sofrimento psíquico em uma pesquisa baseada na Web para os inquiridos, particularmente aqueles com relevantes histórias pessoais.**

Método de Correspondência à Questão de Pesquisa:

1. **Questão de pesquisa:** Quais são os conhecimentos atitudes, percepções e hábitos de distribuição dos farmacêuticos comunitários, relativos aos antibióticos e resistência microbiana.

Métodos: Pesquisa qualitativa em forma de grupos focais (GF). Grupos focais compostos por 4-7 farmacêuticos, orientados por um moderador. Um guia de tópico foi desenvolvido para conduzir as discussões, que foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Medição do principal resultado: Conhecimento e percepções dos farmacêuticos sobre o uso de antibióticos e resistência microbiana, atitudes relacionadas com hábitos de distribuição de antibióticos e sugestões dos Farmacêuticos para melhorar o uso de antibióticos.

Conclusões: Os farmacêuticos portugueses percebem que o uso de antibióticos e resistência bacteriana poderia ser melhorado, mostram uma intenção comportamental em melhorar os hábitos de distribuição dos antibióticos.

Int J Clin Pharm. 2013 09 de fevereiro. [Epub ahead of print]

Atitudes de farmacêuticos comunitários para distribuição de antibióticos e resistência microbiana: um estudo qualitativo em Portugal.

Roque F, Soares S, Breitenfeld L, López-Durán A, Figueiras A, Herdeiro MT

2. **Examinar questões de papeis em salas de aula inclusivas utilizando Pesquisa Acção Participativa**

Questão de pesquisa:

Como pode ser aplicada a PAR para analisar e resolver problemas de papéis nas salas de aula inclusivas?

Como é que nos podemos ensinar indivíduos com níveis de alcance e necessidades diferentes dentro da nossas salas de aula?

Método:

O Director da escola contratou um investigador para fazer uma revisão dos papéis e responsabilidades de um educador especial dentro de salas de aula inclusivas.

Durante a fase inicial do estudo, todos os funcionários da escola participaram nas entrevistas, interpretação dos dados e clarificação do problema.

Fase 1: Olhe e pense: entrevistas semi-estruturadas com todos os funcionários da escola

Fase 2: Planifique: Decisões do plano de acção em pequenos grupos

Fase 3: Age e Observe: notas reflexivas do professor e notas sobre o progresso do aluno, notas de campo do pesquisador, amostragem momentânea, avaliações de referência do estudante.

Fase 4: Reflecta e avalie: Os participantes reflectiram de forma colaborativa a cerca da experiência.

<http://cjar.nipissingu.ca/index.php/cjar/article/view/59/40>

Examinar questões papel na salas de aula inclusivas por meio da pesquisa-ação participativa

3. Interações e relações de cuidados a longo prazo: Fotografia e Narrativas de provedores directos de cuidados.

Pergunta de investigação:

Quais são as atitudes pontos de vistas e características de cuidadores pagos e suas identidades como cuidadores pagos?

Método:

Cada um dos 15 cuidadores recebeu uma câmara digital por uma semana e foi pedido para tirar fotos " que ilustram o que significa cuidar para Ele."

Shenk, D. "interações e relações em Cuidados de Longa Duração: Fotografia e Narrativas de Trabalhadores de serviços directos." *Cultura, Medicina e Psiquiatria* 36,3 (2012): 535-556. Photovoice

4. Dose única de Dexametasona oral no tratamento de crianças com exacerbações de asma leve ou moderada.

Pergunta de Investigação: Qual é a eficácia de uma única dose de dexametasona oral (Dex) versus 5 dias de duas vezes ao dia de prednisolona (Pred) no manejo de casos de exacerbação de asma ligeira a moderada em crianças.

Método:

Um estudo prospectivo duplo-cego randomizado de crianças 2-16 anos de idade, apresentado ao departamento de emergência sobre a exacerbação da asma.

Uma dose única de dexametasona oral na Gestão de Emergência de Crianças com exacerbações de asma leve a moderada

Cuidados de Emergência Pediátrica

Edição: Volume 22 (12), dezembro de 2006, pp 786-793

5. Pergunta de pesquisa: Há um considerável interesse nos potenciais subsidiários do sector privado em aumentar a disponibilidade e acessibilidade da terapias combinada baseada em artemisina (ACT) para o tratamento da malária. 3 distritos no Quênia foram dados pacotes subsidiados de ACT pediátrica, foram dadas aos retalhistas, foi feito um treinamento a uma equipe de retalhistas, e foram levadas a cabo actividades de consciencialização da comunidade. Os resultados demonstraram um aumento significativo na disponibilidade de ACT e cobertura, embora o aconselhamento aos pacientes e adesão foram abaixo do ideal. Qual foi a causa dos sucessos e limitações desta intervenção.

Método:

Dezoito grupos focais foram realizadas, 9 com retalhistas e 9 com os cuidadores, para documentar as experiências com a intervenção. Os entrevistados foram positivos sobre os componentes de intervenção, elogiando a formação com retalhistas, preços acessíveis, fortes actividades promocionais, apoios em trabalho de distribuição, e embalagem amigável ao consumidor, são prováveis razões que contribuíram para o acesso e cobertura positiva dos resultados observados. No entanto, muitos retalhistas ainda não possuem estoque de ACT, devido à insuficiência de material, falta de fundos e de pessoal. Conselhos para cuidadores foram pobre devido ao tempo insuficiente e fraca assimilação das instruções. Adesão por cuidadores a diretrizes de dosagem foi sub-ótima, por causa de um desejo de poupar comprimidos para outros episódios, necessidade de administrar doses à noite, interrupção do tratamento quando a criança sentir-se melhor, o número e o gosto amargo dos comprimidos. Os cuidadores utilizaram uma série de estratégias para obter ACT pediátrica para os grupos etários mais velhos.

CONCLUSÕES / significado:

Este estudo destacou que os componentes importantes de uma intervenção bem-sucedida de ACT subsidiado está no treinamento regular dos retalhistas, preços acessíveis, uma cadeia de fornecimento confiável e mobilização comunitária enfatizando a adesão do paciente e quando procurar cuidados adicionais.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23342143>

**Compreendendo o impacto da Subsidiar Terapias baseados em artemisina (ACT)
no Setor de Varejo - Os resultados de discussões em grupo em Rural**

6. Pergunta de investigação:

Quais são as experiências de familiares de enfermeiros migrantes no que diz respeito aos custos e benefícios da migração de enfermeiros?

Método:

Utilizando amostragem intencional as famílias de dois enfermeiros migrantes, que eram colegas do pesquisador, foram identificadas e aproximou-se para participar no estudo. Amostragem em bola de neve foi depois utilizada para recrutar outros participantes. No total, seis famílias foram identificadas e incluídas no estudo. As entrevistas semi-estruturadas e notas de campo foram os dois métodos de colecta de dados implementados.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23327715>

Os custos e os benefícios da migração de enfermeiros sobre as famílias: uma experiência de Lesoto

7. Research Question: The aim of this study was to assess parental opinions on the advantages and disadvantages of a pediatric oncology outpatient setting in comparison to the inpatient oncology ward.

Method: The sample of the study consisted of 104 parents whose children were diagnosed and treated for pediatric cancer. The survey took place at the Pediatric Oncology Wards, as well as their respective outpatient settings of the two General Children's Hospitals in Athens, Greece from May 2010 to August 2010.

Conclusions: According to parents' view, the outpatient setting has many advantages. The judgment of children and parents on the services offered by the Pediatric Oncology Unit overall, in both inpatient and outpatient setting can give the necessary feedback to improve the qualitative provided care.

7. Questão de pesquisa: O objectivo deste estudo foi avaliar as opiniões dos pais sobre as vantagens e desvantagens de atendimento ambulatorio em oncologia pediátrica em comparação ao internamento.

Método: A amostra do estudo consistiu em 104 pais cujos filhos foram diagnosticados e tratados para o câncer pediátrico. A pesquisa foi realizada nas enfermarias de oncologia pediátrica, bem como nos serviços ambulatorios dos de dois grandes Hospitais Pediátricos em Atenas, Grécia de Maio de 2010 até Agosto de 2010.

Conclusões: De acordo com a opinião dos pais, o ambulatorio tem muitas vantagens. O julgamento de crianças e pais sobre os serviços oferecidos pela Unidade de Oncologia Pediátrica geral, tanto em internamento e ambulatorio pode dar o feedback necessário para melhorar a qualidade do atendimento fornecida.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23246485>

A opinião de pais gregos sobre as vantagens e desvantagens do ambiente oncológico ambulatorial pediátrico

8. Questão de pesquisa: Qual é o impacto de perguntas relativas à auto-mutilação, suicídio, e sofrimento psíquico em uma pesquisa baseada na Web para os inquiridos, particularmente aqueles com relevantes histórias pessoais.

Método:

Duas perguntas foram adicionados u um inquérito primário, que perguntou se a pesquisa lhes causou desconforto ou os levou a pensar mais profundamente sobre suas vidas. O entrevistado foi dada a oportunidade de responder mais plenamente em suas próprias palavras. Os dados do inquérito foram elaborado a partir de uma amostra de 8 faculdade, 14.372 alunos preencheram a ficha de inquérito. O Add ratio foi usado para modelar a probabilidade de respostas baseadas em características respondentes. O método comparativo identificado salienta temas em dados qualitativos. Poucos indivíduos (2,7%) relataram experiências negativos do inquérito. Indivíduos com experiência pessoal relevante relataram maior desconforto com o inquérito ainda foram significantes os que disseram que os levou a pensar mais profundamente sobre suas vidas. As pesquisas podem ser benéficas para promover a auto-reflexão, particularmente entre pessoas com experiência relevante.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23387400>

Suicídio Res Arch. 2013 Jan, 17 (1) :20-32. doi: 10.1080/13811118.2013.748405.

Experiências adultas jovens inquiridos de divulgação de sofrimento auto-lesão relacionados com o suicídio, comportamento e psicológico em uma pesquisa baseada na web.

Whitlock J, Pietrusza C, Purington A.

Research Questions:

1. **Research Question:** What are the community pharmacists' knowledge, attitudes, perceptions and dispensing habits insofar as to antibiotics and microbial resistance.
2. **Research question:** How can we examine and resolve role issues in inclusive classrooms?
How do we teach to the range different levels and needs within our classrooms?
3. **Research Question:** What are the views attitudes and traits of paid caregivers and their identities as paid caregivers?
4. **Research Question:** What is the efficacy of a single dose of oral dexamethasone (Dex) versus 5 days of twice-daily prednisolone (Pred) in the management of mild to moderate asthma exacerbations in children.
5. **Research Question:** There is considerable interest in the potential of private sector subsidies to increase availability and affordability of artemisinin-based combination therapies (ACTs) for malaria treatment. 3 districts in Kenya were given of subsidized packs of paediatric ACT were given to retail outlets, training of retail staff was done, and community awareness activities took place. The results demonstrated a substantial increase in ACT availability and coverage, though patient counselling and adherence were suboptimal. What was the cause of the successes and limitations of this intervention.
6. **Research Question:** What are the experiences of family members of migrating nurses with regard to the costs and benefits of nurse migration?
7. **Research Question:** The aim of this study was to assess parental opinions on the advantages and disadvantages of a pediatric oncology outpatient setting in comparison to the inpatient oncology ward.
8. **Research Question:** What is the impact of questions regarding self-injury, suicide, and psychological distress in a web-based survey on respondents, particularly those with relevant personal histories.

Week 2 Day 2

Matching Method to Question:

1. Research Question: What are the community pharmacists' knowledge, attitudes, perceptions and dispensing habits insofar as to antibiotics and microbial resistance.

Methods: Qualitative research in the form of focus groups (FG). Focus groups were conducted with 4-7 pharmacists, using a moderator. A topic guide was developed to lead the discussions, which were audio-recorded and transcribed.

Main outcome measure: Pharmacists' knowledge and perceptions on antibiotic use and microbial resistance, attitudes related to antibiotic dispensing habits, and pharmacists' suggestions to improve antibiotic use.

Conclusions: Portuguese pharmacists perceive that antibiotic use and bacterial resistance could be improved, showing a behavioural intention to improve antibiotic dispensing habits.

Int J Clin Pharm. 2013 Feb 9. [Epub ahead of print]

Attitudes of community pharmacists to antibiotic dispensing and microbial resistance: a qualitative study in Portugal.

[Roque F](#), [Soares S](#), [Breitenfeld L](#), [López-Durán A](#), [Figueiras A](#), [Herdeiro MT](#)

2. Examining Role issues in Inclusive Classrooms using Participatory Action Research

Research question:

How can PAR be applied to examine and resolve role issues in inclusive classrooms?

How do we teach to the range different levels and needs within our classrooms?

Method:

School division superintendent contracted a researcher to conduct a review of the roles and responsibilities of the special educator role within inclusive classrooms.

During the initial phase of the study all school personnel participated in the interviews, data interpretation and problem clarification

Phase 1: Look and Think: semi-structured interviews with all school personnel

Phase 2: Plan: action plan decisions with small groups

Phase 3: Act and Observe: teacher reflective notes and notes on student progress, researcher field notes, momentary sampling, student benchmark assessments,

Phase 4: Reflect and Evaluate: participants collaboratively reflected on the experience.

<http://cjar.nipissingu.ca/index.php/cjar/article/view/59/40>

Examining role issues in Inclusive Classrooms through Participatory action research

3. Interactions and Relationships in Long term care: Photography and Narratives by Direct care workers.

Research Question:

What are the views attitudes and traits of paid caregivers and their identities as paid caregivers?

Method:

Each of fifteen caregivers was given a digital camera for a week and asked to take photographs “to show of what caregiving means to you.”

Shenk, D. "[Interactions and Relationships in Long Term Care: Photography and Narratives by Direct Care Workers.](#)" Culture, Medicine and Psychiatry 36.3 (2012): 535-556. Photovoice

4. Single Dose oral dexamethasone in treatment of Children with exacerbations of Mild or Moderate Asthma.

Research Question: What is the efficacy of a single dose of oral dexamethasone (Dex) versus 5 days of twice-daily prednisolone (Pred) in the management of mild to moderate asthma exacerbations in children.

Method:

A prospective double blind randomized study of children 2- 16 years of age who presented to the emergency department with an exacerbation of asthma.

Single-Dose Oral Dexamethasone in the Emergency Management of Children With Exacerbations of Mild to Moderate Asthma
Pediatric Emergency Care
Issue: Volume 22(12), December 2006, pp 786-793

5. Research Question: There is considerable interest in the potential of private sector subsidies to increase availability and affordability of artemisinin-based combination therapies (ACTs) for malaria treatment. 3 districts in Kenya were given of subsidized packs of paediatric ACT were given to retail outlets, training of retail staff was done, and community awareness activities took place. The results demonstrated a substantial increase in ACT availability and coverage, though patient counselling and adherence were suboptimal. What was the cause of the successes and limitations of this intervention.

Method:

Eighteen focus group discussions were conducted, 9 with retailers and 9 with caregivers, to document experiences with the intervention. Respondents were positive about intervention components, praising the focused retailer training, affordable pricing, strong promotional activities, dispensing job aids, and consumer friendly packaging, which are likely to have contributed to the positive access and coverage outcomes observed. However, many retailers still did not stock ACT, due to insufficient supplies, lack of capital and staff turnover. Advice to caregivers was poor due to insufficient time, and poor recall of instructions. Adherence by caregivers to dosing guidelines was sub-optimal, because of a wish to save tablets for other episodes, doses being required at night, stopping treatment when the child felt better, and the number and bitter taste of the tablets. Caregivers used a number of strategies to obtain paediatric ACT for older age groups.

CONCLUSIONS/SIGNIFICANCE:

This study has highlighted that important components of a successful ACT subsidy intervention are regular retailer training, affordable pricing, a reliable supply chain and community mobilization emphasizing patient adherence and when to seek further care.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23342143>

Understanding the Impact of Subsidizing Artemisinin-Based Combination Therapies (ACTs) in the Retail Sector - Results from Focus Group Discussions in Rural

6. Research Question:

What are the experiences of family members of migrating nurses with regard to the costs and benefits of nurse migration?

Method:

Using purposive sampling the families of two migrant nurses, who were colleagues of the researcher, were identified and approached to participate in the study. Snowball sampling was next utilized to recruit the remainder of the participants. In total, six families were identified and included in the study. The semi-structured interviews and field notes were the two data collection methods that were implemented.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23327715>

The costs and benefits of nurse migration on families: A Lesotho experience

7. Research Question: The aim of this study was to assess parental opinions on the advantages and disadvantages of a pediatric oncology outpatient setting in comparison to the inpatient oncology ward.

Method: The sample of the study consisted of 104 parents whose children were diagnosed and treated for pediatric cancer. The survey took place at the Pediatric Oncology Wards, as well as their respective outpatient settings of the two General Children's Hospitals in Athens, Greece from May 2010 to August 2010.

Conclusions: According to parents' view, the outpatient setting has many advantages. The judgment of children and parents on the services offered by the Pediatric Oncology Unit overall, in both inpatient and outpatient setting can give the necessary feedback to improve the qualitative provided care.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23246485>

The opinion of Greek parents on the advantages and disadvantages of the outpatient pediatric oncology setting

8. Research Question: What is the impact of questions regarding self-injury, suicide, and psychological distress in a web-based survey on respondents, particularly those with relevant personal histories.

Method: Two questions were added to the primary survey that asked whether the survey caused them discomfort or caused them to think deeper about their lives. The respondent was then given the opportunity to answer more fully in his own words. The survey data was drawn from a random 8-college sample, 14,372 students completed the survey. Adjusted odds ratios were used to model the likelihood of responses based on respondent characteristics. The constant comparative method identified salient themes in qualitative data. Few individuals (2.7%) reported negative survey experiences. Individuals with relevant personal experience reported greater discomfort with the survey yet were also significantly more likely to report that it caused them to think more deeply about their lives. Surveys may be beneficial in promoting self-reflection, particularly among individuals with relevant experience.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23387400>

Arch Suicide Res. 2013 Jan;17(1):20-32. doi: 10.1080/13811118.2013.748405.
Young adult respondent experiences of disclosing self-injury, suicide-related behavior, and psychological distress in a web-based survey.

[Whitlock J](#), [Pietrusza C](#), [Purinton A](#).

APPENDIX E: CHART OF ALL UNILURIO STUDENT PROJECTS

GRUPOS DE TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO ACÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE DA COMUNIDADE

Curso	Semestre	Líder (Leader)	Membros	Designação do estudo	Tutor
Med	4 ^º	Diocleciano dioclecioneloi@gmail.com Tel. 824780023	Celestino Tomas Imussene, Alice Maria Armando Baptista, Diocleciano Nélio A. João, Daniel Basilio Elton João P. Marrekeia, Simon Ferrua Bette Viviana Maria A. Nicuta	Motivos de baixa adesão à consulta pré-natal, Hospital Geral de Marrere, Nampula, Moçambique, 2013. Reasons for not attending prenatal appointments at the Marrere General Hospital, Nampula (APNM)	Dr. Paulo Pires druidatom@gmail.com Tel. 824235287
Med	4 ^º	Ahmed Abdirazak ahmedabdirazak@gmail.com Tel. 848761513	Ahmed Abdirazak Ahmed, Ivandra Natercia Tivane Lizet F. Correia, Maida Iamal Ibrahim, Muhammad Hamza Fazlo Remane, Taramamad Jusub Taramamad, Yacob Ibrahim Ismail	Conhecimento sobre Cólera, Namicópo, Nampula, Moçambique, 2013. (CCNN) Knowledge about Cholera in Namicopo, Nampula	Dr. Paulo Pires druidatom@gmail.com Tel. 824235287
Med	4 ^º	Eliezer P. F. Nunes julfriquebilla@sapo.mz Tel. 821961837	Eliezer P. F. Nunes, Ana Tristeza, António Júnior, Julfrique J. Billa, Júlia Bernardo, Noelma E. C. Beque, Quiléria Sofia	Percepções dos estudantes do ciclo básico dos Cursos da FC Saúde sobre a vida na Unilúrio? (ECBFCSU) Student perceptions about life during the Pre-clinical health sciences course at Unilúrio	Dr. Eusebio Chaulisse echaulisse@yahoo.com Tel. 826018080
Med	4 ^º	Reginaldo reginaldoquine@hotmail.com Tel. 825448736	Arber Capitão, Constantino Momba, Isabel do Anjos, Isabela Carina, Reginaldo Quine, Silda Marina, Wilson da Graça	Percepção das comunidades alvo do programa "um estudante uma família" da Universidade Lúrio sobre o ao mesmo, desde a sua implementação até o final de Dezembro de 2012. (Programa Um-EF) Perceptions of communities targeted by the One Student One Family program of Unilúrio since its inception until December 2012.	Dr. Cesar Faria cesarnampula@yahoo.com Tel. 826712970
Med	4 ^º	Theophile theophileni@gmail.com Tel. 844334666	Emane Amisse Uagire, Geraldo Paulo, Mariano Issulo, Mariana Ussene, Maurício Antonio, Panshia Silvestre João, Theophile Nizeyimana, Viano Macaire	Conhecimento dos pacientes em tratamento de TB sobre aderencia terapeutica (ATTBM). Knowledge of patients being treated for tuberculosis about adherence to therapy.	Dr. Paulo Pires druidatom@gmail.com Tel. 824235287
Med	8 ^º	Rodríguez Antonio hossieke@yahoo.com.br gpq2013@live.com Te.846472350	Leonildo José Manique leonj.com@gmail.com Claudio A. Mutimucio mutimucio@fise.com Rodrigues António 846472350	Crenças sobre Colera dos jovens e adultos de Mutauanha. (CCJAMN) Beliefs of youths and adults in Mutauanha regarding Cholera.	Dr. Artur M. Muloliwa muloliwa@yahoo.com.br Tel. 861238359
Opt.	8 ^º	Nelva Sixpene sixpenenelva@yahoo.com	Agira Farje, Amalia Tiza Callane, Ana Maria Tavares, Carlos Amadeu Regina, Job Jacinto Gopane, Nelva de laisa Sixpene	Problemas oculares em Mutauanha e medidas para solucionar os problemas? (POM) Ocular problems in Mutauanha and ways to solve these problems.	Dr. Manuel J. Neto manuelopt@hotmail.com Tel.843790198
Opt.	Docentes	Angela Joana angy.joana@gmail.com	Dra. Ângela Joana Elício, Dr. Heimenegildo Tomo, Dr. Ramos António Manuel	Eficácia dos Serviços de Saúde Visual na Clínica de Optometria, Nampula (ESSVCON) Efficacy of Visual health services in the Optometry clinic	Dra. Sílvia Escobar silmaesco@gmail.com Tel. 821863522
Todos Cursos All courses	Docentes	Martins Mupueleque mabudom@gmail.com Tel. 826805780	Dr. M. Mupueleque, Dra. Mirega A., Dr. P. Pires	Base de Dados "Programa Um-EF". (BDP1EF) Data base for One Students One family program	Dr. Martins Mupueleque mabudom@gmail.com Tel. 826805780

APPENDIX F



UNIVERSIDADE LÚRIO
FACULDADE DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

RELATORIO

**As crenças sobre as origens da cólera nos jovens e adultos
Moradores do bairro de Mutauanha, Piloto, Nampula, Moçambique, 2013.**

**Beliefs about the origins of cholera in young people and adults
Residents of Mutauanha, Pilot, Nampula, Mozambique, 2013.**

**Programa de cooperação com a Universidade Saskatchewan, Canada
Cooperation program with the Saskatchewan University, Canada**

Investigador principal: Dr. Artur Manuel Muloliwa.

Estudantes investigadores: Cláudio António Mutimucuo, Leonildo José Massingue e Rodrigues António.

Nampula, Março de 2014

Índice

Lista de acrónimos.....	144
Agradecimentos.....	145
Resumo	146
1. Introdução	147
2. Seleção do tema, pergunta e objetivos	147
2.1. Seleção do tema de investigação	147
2.2. Pergunta e objetivos de investigação	148

3. Metodologia usada	149
3.1. <i>Local de estudo</i>	149
3.2. <i>Tipo de estudo e unidade de observação</i>	149
3.2. <i>Variáveis do estudo</i>	149
3.3. <i>Critérios de inclusão</i>	150
3.4. <i>Critérios de exclusão</i>	150
3.5. <i>Participantes</i>	150
4. Análise de dados	150
5. Resultados e discussão	151
5.1. <i>Pobreza</i>	151
5.2. <i>A governação,</i>	151
5.3. <i>Saneamento do meio e gestão do lixo</i>	152
5.4. <i>Ordenamento territorial,</i>	153
5.6. <i>Fornecimento de água,</i>	153
5.7. <i>Profissionais de saúde e o programa um estudante e uma família</i>	153
5.8. <i>Generalidade sobre cólera</i>	154
5.8.1. <i>Causa</i>	154
5.8.2. <i>Sinais e sintomas</i>	155
5.8.3. <i>Prevenção e controlo da cólera</i>	155
5.8.4. <i>Informação</i>	156
5.8.5. <i>Transmissão</i>	156
5.8.5. <i>O tratamento</i>	156
6. Conclusões e recomendações	157
6.1. <i>Conclusão</i>	157
6.2. <i>Recomendações</i>	158
6.2.1. <i>Individual</i>	158
6.2.2. <i>Comunidade</i>	158
6.2.3. <i>Universidade</i>	158
6.2.4. <i>Concelho Municipal</i>	158
6.2.5. <i>Saúde</i>	158
7. Possíveis novas perguntas	159
8. Publicação de resultados.....	159
8.1. <i>Comunidade</i>	159
8.2. <i>Revista</i>	159
8.3. <i>Acadêmica</i>	159
9. Referências bibliográficas.....	160
10. Anexos.....	162
10.1. <i>Lista de participantes</i>	162
10.2. <i>Categorias e códigos</i>	163
10.3. <i>Transcrições</i>	202
10.3.1. <i>Grupos focais</i>	202
10.3.2. <i>Entrevistas</i>	225

Lista de acrónimos

CID- Classificação Internacional de Doenças

CTC - Centro de Tratamento de Cólera

CTD - Centro de Tratamento das Diarreias

FIPAG- Fundo de Investimento e Património para o Abastecimento de Água

HIV- Human Immunodeficiency Virus

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAR- Pesquisa Acção Participativa

ONG- Organização Não Governamental

P1EF1-Programa Um Estudante Uma Família

SNV- Antiga Stichting Netherlands Vrijwilligers, Actual Netherlands Development Organisation

Unilúrio - Universidade Lúrio

Agradecimentos.

Agradecemos a Deus pela ajuda na realização do estudo, a Universidade de Saskatchewan de Canada pelo financiamento do estudo, Universidade do Lúrio por brindar instalações e suporte administrativos, os coordenadores do programa pelo acompanhamento do projeto, os líderes comunitários e os participantes pelo empenho e sua dedicação.

Resumo

A cólera é uma doença endêmica em Moçambique, em alguns pontos do país registam-se agressões e vandalismo popular associado a doença, e para compreender as crenças dos moradores do bairro de Mutauanha, sobre a origem da cólera foi realizado um estudo qualitativo, descritivo, transversal por meio de entrevistas e discussão em grupo, participaram jovens e adultos de 18 a 60 anos de idade, residentes na unidade comunal do piloto. Os resultados indicam que a cólera está associada ao saneamento do meio, fornecimento de água, ordenamento territorial, a pobreza e a governação. As pessoas têm pouca clareza sobre a causa e os mecanismos de transmissão da doença, o que condiciona a desinformação e vandalismo nas casas de autoridades locais e profissionais de saúde, recomenda-se que a educação para saúde seja permanente com ênfase sobre as mensagens relacionada as causas e os mecanismos de transmissão da doença, realização de estudos de custo eficácia das intervenções de controle de cólera e avaliação das mensagens sobre a cólera divulgadas na comunidade.

1. Introdução

A cólera (CID A00.9) é uma doença intestinal diarreica, infecto contagiosa[1][2][3] causada por *Vibrio cholerae* e transmite-se por consumo de água e alimentos contaminados [3][4]. Ao longo do século XIX, a cólera matou milhares de pessoas no mundo[5] e ainda constitui problema de saúde pública em países em desenvolvimento da Ásia, África e América do Sul [6][7]. Em Moçambique, a cólera é uma doença endêmica[8] e apresenta-se em forma de surtos epidémico no período de chuvas correspondente aos meses de Novembro até Abril intercalado por período de menor registo de casos em Julho a Outubro [9]. O número de surtos e de casos de cólera variam ao longo dos anos e entre as províncias. No período de 1995-2005, a província de Nampula registou mais de 10 surtos e um número de casos entre 5001-15000[7]. Nas comunidades afetadas existe a crença de que a cólera é introduzida e disseminada pelas autoridades governamentais e funcionários da saúde e em resposta a esta crença do envolvimento da estrutura governamental na propagação da doença, a população contrapõe com atos de vandalismo a residências de líderes locais e agressão de enfermeiros[10]. E para melhor compreender e descrever as crenças populares relativa a cólera na Cidade de Nampula foi realizado o presente estudo no bairro de Mutauanha, localizado na Cidade de Nampula. O bairro é abrangido pelo Programa um Estudante uma Família da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio. O programa visa proporcionar aos estudantes um espaço de aprendizagem prático com a população e a comunidade beneficia-se da presença dos estudantes nas casas que fornecem educação para saúde, promoção de hábitos saudáveis e ações de prevenção de doenças. Embora não se tenham registado atos de agressão no bairro de Mutauanha associado a casos de cólera, não existia conhecimento das crenças dos jovens e adultos moradores neste bairro em relação a origem da doença.

2. Seleção do tema, pergunta e objetivos

2.1. Seleção do tema de investigação

O processo de seleção do tema de investigação obedeceu ao modelo participativo e teve duas fases: A primeira fase consistiu na identificação de vários temas durante as aulas do curso de metodologia de Pesquisa Acção Participativa (PAR), nessa fase o grupo de investigadores era constituído por oito estudantes que elaboraram uma lista de temas por meio de chuva de ideias, os estudantes discutiram a relevância e a viabilidade prática de cada tema proposto. Entre os três temas que foram considerados relevantes foram: A percepção de risco de doenças de transmissão sexual entre as trabalhadoras do sexo na cidade de Nampula, explicação das mães sobre a causa de diarreia em menores de cinco anos internados no Hospital Central de Nampula e as crenças sobre a origem de cólera de jovens e adultos. O tema sobre percepções de risco de doenças de transmissão sexual foi retirado da lista porque era difícil para os investigadores recrutarem os participantes num período de tempo muito curto, porque as trabalhadoras de sexo não se expõem facilmente. O segundo tema, explicação das mães sobre as causas de diarreia em crianças internadas no hospital foi eliminado porque seria difícil manter os participantes no estudo, esse grupo de

pacientes permanecem na enfermaria poucos dias. Em relação as crenças sobre a origem de cólera os estudantes consideraram relevante e prático e propositadamente foi selecionado o bairro Mutaunha, Unidade Comunal do Piloto onde as estruturas locais estão familiarizados com alunos no âmbito do Programa Um Estudante e Uma Família. Depois da primeira fase que durou uma semana seguiu-se a segunda fase que consistiu em contactar com a comunidade, nessa fase realizaram-se encontros com os chefes dos quarteirões e na base de princípios de colaboração entre os representantes da comunidade e o grupo de investigação decidiram na implementação do estudo. Encontros subsequentes dos investigadores com a comunidade impossibilitaram a permanência de alguns estudantes e somente 3 estudantes chegaram até no fim da investigação.

2.2. Pergunta e objetivos de investigação

A partir das violentas ações populares em repúdio pela propagação de cólera na província e no país em geral, o governo tomou medidas de precaução retirando o pessoal de saúde nas zonas afetadas pelo fenómeno, contratação do Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane para estudar e interpretar o fenómeno[10] e a intensificação de ações de sensibilização da população para compreender as causas, o modo de transmissão, medidas de prevenção, as manifestações da doença, o tratamento de doentes. As mensagens de sensibilização a população são divulgadas nos meios de comunicação em massa (rádio, televisão, jornais), nas palestras feitas pelo pessoal da saúde nas unidades sanitárias e por meio de comunicação interpessoal. O Programa um Estudante uma Família da Unilúrio contribui na disseminação de mensagens de promoção de saúde e prevenção de doenças no bairro de Mutaunha, unidade comunal do Piloto. A área do Piloto regularmente recebe estudantes da UniLúrio que frequentam os cursos de Medicina Geral, Medicina Dentária, Optometria, Farmácia, Nutrição e Enfermagem Geral. Os estudantes adoptam uma família desde o início do curso para transmitir conhecimentos relacionado a doenças comum incluindo a cólera. É nesse contexto, de informação educação e comunicação proporcionado pelo sector da saúde e instituições de ensino, que a população obtém informações relativas a cólera numa perspectiva científica, que se mistura ao conhecimento tradicional, a influência religiosa e convicções políticas que contribuem no processo de interpretação dos processos da saúde e doença e guia as ações de resposta em prol do bem estar social. Embora um estudo em relação a crenças sobre a origem de cólera tenha sido realizado na região costeira da província de Nampula no período de 1998-2002[10], o estudo estava mais concentrado na zona rural e desconhecia-se a situação atual sobre as crenças de jovens e adultos da cidade de Nampula em relação a cólera e o presente trabalho foi realizado para responder a pergunta: Quais são as crenças dos jovens e adultos sobre as origens da cólera na cidade de Nampula? Esta pergunta apoia se com as questões secundárias seguintes: Qual é a informação que os jovens e adultos moradores do bairro de Mutaunha, Unidade Comunal do Piloto têm sobre as origens da cólera? Quais os mitos dos jovens adultos moradores do bairro de Mutaunha, unidade comunal do Piloto sobre a causa, transmissão e fatores associados da ocorrência de cólera na comunidade? Qual é a percepção dos jovens e adultos moradores do bairro de Mutaunha, Unidade Comunal do Piloto da influência da religião, política e hábitos culturais no conhecimento da origem da cólera? Neste trabalho buscou-se explorar e entender as crenças sobre as origens da cólera nos jovens e adultos moradores no bairro de influência do programa Um estudante-uma família da Faculdade de Ciências de Saúde da

Universidade Lúrio. Para responder as questões, definiu-se como objetivo de estudo, descrever as crenças dos jovens e adultos moradores do bairro de Mutauanha, Piloto, acerca da cólera.

3. Metodologia usada

3.1. Local de estudo

O estudo foi realizado em Moçambique, província e cidade de Nampula, posto admirativo de Muatala, bairro de Mutauanha, unidade comunal Piloto. O país localiza-se na África austral e possui uma população estimada de 24,366,112 [11] a estrutura etária da população é constituída por crianças de 0-12 anos correspondente a 45.7%, seguidos por Adolescentes de 13-18 anos correspondem 20.7%, Jovens de 19-35 anos com 37.0%, adultos de 35-60 anos que correspondem 3.5% e idosos de 60 ou mais anos de idade com 3.0%[12]. Nampula é uma das províncias mais populosas que está no norte do país, possui 5 milhões de habitantes estimadas do censo 2007 para 2014. Administrativamente a província está dividida em 21 distritos incluindo a cidade capital Nampula. A cidade tem cinco postos administrativos com uma população estimada em 600 mil habitantes e o posto administrativo de Muatala é parte da cidade e tem dois bairros, Muatala e Mutauanha.

3.2. Tipo de estudo e unidade de observação

Fez-se um estudo qualitativo, transversal e descritivo. A principal unidade de observação deste estudo foram pessoas residentes no bairro de Mutauanha com idade entre 18 a 60 anos de ambos sexo. O bairro de Mutauanha está dividido em 11 unidades comunitárias incluído a unidade piloto. A unidade piloto possui 13 quarteirões. A população total de Mutauanha é de 13695 habitantes.

3.2. Variáveis do estudo

Foram incluídas no estudo as seguintes variáveis: Idade, religião, sexo, profissão, nível de escolaridade e opinião dos participantes.

3.3. Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os residentes do bairro de Mutauanha, na área comunal do Piloto, identificados pelos chefes dos quarteirões e com idade entre 18 a 60 anos de ambos os sexos.

3.4. Critérios de exclusão

Foram excluídos os indivíduos residentes desta Unidade com limitação de emitir opiniões (doentes mentais, indivíduos embriagados/drogados) e os que não aceitaram participar no estudo.

3.5. Participantes

O estudo foi conduzido por um grupo de três estudantes do quarto ano do curso de Medicina Geral da Universidade Lúrio que voluntariamente manifestaram seu interesse de participar no projeto de pesquisa participativa da Universidade implementado em colaboração com a Universidade Saskatchewan de Canada, os estudantes foram orientados por um professor da disciplina de Saúde Comunitária, o professor é especialista em saúde pública que exerce suas funções na Direção Provincial de Saúde de Namíbia como responsável do núcleo de investigação operacional. Durante a recolha de dados foram realizadas sete entrevistas e cinco grupos focais, no total participaram no estudo 35 moradores da unidade piloto (*anexo Lista de participantes*). O número de participantes foi determinado pela saturação de informações [13], a saturação foi alcançada quando ao longo das entrevistas e grupos discussões não emergiram temas novos para aprofundar e o recrutamento de participantes foi interrompido. A maioria dos participantes era do sexo masculino com 22 pessoas, a idade média foi de 34,4 anos com variação entre 18 a 60 anos, no grupo de homens a idade média foi de 34,5 e no grupo de mulheres a idade média foi de 34,1 anos. 19 participantes eram católicos, 14 eram muçulmanos, um participante era da igreja união baptista e uma entrevistada do sexo feminino não indicou a sua religião. Em relação ao nível de escolaridade, todos participantes tinham concluído a 1ª classe e um era licenciado, 15 participantes tinham concluído a 10ª classe. Quanto a profissão os participantes eram compostos por camponeses, domésticos, estudantes, professores, carpinteiro, segurança e reformado. A profissão com maioria número de participantes foi camponesa com 16 pessoas e as profissões que tiveram um participante foram carpintaria, segurança e reformado.

4. Análise de dados

Os pesquisadores fizeram a leitura e identificaram individualmente os temas emergentes nas entrevistas e grupos focais, depois do trabalho individual, as listas de categorias foram partilhadas e discutidas, a partir da discussão elaborou-se uma lista de categorias definitiva de consenso composta por 8 temas: Pobreza, Saneamento do meio e gestão do lixo, governação, ordenamento territorial, fornecimento de água, profissionais de saúde, programa um estudante uma família e generalidade sobre a cólera. Na categoria de generalidade inclui causa, transmissão, sinais e sintomas, tratamento, prevenção. As transcrições e as categorias foram introduzidas no programa Nvivo10, com a finalidade de

identificar nas entrevistas e nos grupos focais os códigos para cada categoria (anexo categorias e códigos).

5. Resultados e discussão

5.1. Pobreza

A pobreza definida como a falta de capacidade financeira para satisfazer as necessidades básicas de um indivíduo[14] tem uma interligação com os processos de saúde e doença[15] em particular a cólera cujo a sua transmissão é por meio de consumo de água ou alimentos contaminados[2][3]. Na discussão de grupo focal de mulheres com idade de 24 a 35 anos afirmaram “... a cólera é comum em pobres e pouco frequente em ricos...”, esta relação é evidente se observa a distribuição da cólera no mundo, e na prática a cólera é um problema de saúde dos países em desenvolvimento [6] [7]. As pessoas que não têm capacidade de ter água potável são obrigadas a recorrer fontes inseguras mesmo sabendo que estão se expor em risco da doença. Um jovem na discussão de grupo afirmou que a pobreza contribui na perpetuação da cólera porque “... quando vamos no mercado encontramos numa banca água mineral que custa 50,00 MT e um menino ao lado da barraca vende água que ele tirou da sua casa por 1,00 MT, e porque a pessoa somente tem um metical no bolso compra a água do menino...”. Também a pobreza contribui na degradação das condições de saneamento do meio, escassez de latrinas e dificuldade de acesso aos sanitários existentes por que as pessoas não têm capacidade para pagar esses serviços, no grupo focal de homens de 24 a 35 anos de idade disseram “...aqui na cidade temos dois sítios onde há latrinas públicos, no mercado municipal e nos Belenenses, mas paga num valor de 5,00 meticais para urinar e 10,00 meticais para cagar, existem pessoas que não têm esse valor o que vão fazer?” e na discussão de grupo em idosos afirmaram “...no caso dos rios onde se usam como latrinas, na verdade existem pessoas que não tem latrinas, visto que não tem latrina devido a pobreza”. A pobreza é vista como um fator que promove o fecalismo ao ar livre e urina em locais públicos como nos murros e debaixo de árvores. A influência da pobreza na manutenção da cólera deve ser vista não somente em termos de baixos rendimentos económicos, mas também pela inequidade na distribuição da renda no seio da população relacionado ao sexo, raça, etnia, deficiência, infecção por HIV e outros fatores associados a posição social[16]. Em um país como Moçambique, onde a economia tem mostrado um crescimento assinalável nos últimos anos, é necessário a incorporação, no sistema de governação, políticas que reduzem a inequidade e que permitem aumentar a produtividade das pessoas.

5.2. A governação,

A governação termo que é frequentemente usado a nível académico, político e institucional com várias definições, as vezes definições contraditórias entre si, foi um dos temas emergentes nas discussão em grupos e nas entrevistas dos participantes no estudo. No contexto do presente trabalho, governação deverá ser entendida na base da definição do Banco Mundial que considera ser as condições por meio dos quais a autoridade é exercida num território[17]. A expectativa dos participantes no estudo é que o governo deveria tomar ações que visam eliminar a cólera nas comunidade, porem alguns consideram que

isso não acontece e a doença tornou-se endêmica no país[9][18]. Em entrevista de uma mulher de 45 anos disse “...o governo não consegue [referindo-se de cólera], seria ele que podia mas não está a conseguir, e nós que somos quaisquer como vamos prevenir?” e uma outra mulher maior de 45 anos de idade numa discussão em grupo afirmou que “... só o governo nos sensibiliza a ir ao hospital mas nada se faz ...”, Um adulto numa discussão do grupo fez o seguinte depoimento “... o lixo é arrastado para qualquer sitio, e la onde é arrastado o lixo cria consequência o governo esta assistindo...” A opinião de que o governo é responsável pela persistência de cólera não é consensual, uma outra participante da discussão de grupo disse que o consumo de bebida tradicional tem sido a causa da doença e depois atribui-se a culpa ao governo “...Algumas vezes quando se prepara álcool tradicional (quilile) misturam com algumas folhas que são nocivas ao organismo provocando dores abdominais, uma mistura de cerveja, capanga e quilile piora a situação e basta ingerir já começa com os sintomas e alastra para outras pessoas acabando por acusar o governo”. Embora encontramos divergências de opiniões entre os participantes no estudo em relação ao papel da governação no processo de controle de cólera, as ações de saneamento do meio, ordenamento territorial e o abastecimento de água são insuficiente para eliminar a doença no país e na província de Nampula em particular.

5.3. Saneamento do meio e gestão do lixo

Saneamento do meio e gestão do lixo é a combinação de sistema de esgoto e tratamento correto do lixo com vista a proteger a saúde da população[19]. Os participantes que falaram sobre o saneamento e gestão do lixo convergem na opinião da falta de sistema de esgoto e mau tratamento do lixo nas casas e nos locais de deposito como fator que contribui para a transmissão de cólera na província de Nampula. Em entrevista um homem de 59 anos disse: *...por falta de não cumprir com as regras de higiene, porque muitas das vezes você está a varrer dentro de uma casa, o lixo que você tirou dali ou na lavagem dos pratos e toda sujidade está a lançar de qualquer maneira não enterra nem queima, muita das vezes com comidas estragadas então deriva a doença de cólera.*

Gujral e colaboradores em análise epidemiológica da cólera em Moçambique referem que 22% da população de Nampula tinham acesso a saneamento adequado em 2008[9], esse baixo acesso aos serviços de saneamento é sentido no dia a dia dos participantes. Um participante em discussão de grupo de homens 24 a 30 anos afirmou “o que piora esta doença é que não há latrinas aqui na cidade principalmente, nas acácias você encontra cheio de fezes e urina, de lado encontramos um nosso irmão a vender bolinhos”. Um saneamento adequado, boa higiene alimentar e uso de água segura são elementos fundamentais para saúde e controle das doenças diarreicas e cólera[20]. Um outro homem do grupo discussão associou a existência da cólera com a deficiente saneamento e gestão de lixo inadequados, esse homem afirmou “Na minha zona há problema de lixo faz quatro meses que não tiram na lixeira pelo concelho Municipal, falta de latrinas, na lixeira encontra vários tipos de lixos com fezes, xima dos dias anteriores só para citar alguns, tudo isso causando a doença a cólera” Um grupo focal de jovens de 24-35 anos ficou confuso por não ter certeza que o lixo podia ser um factor de Risco [8], “...ficamos sem saber porque é que este Moçambique os prédios estão muito sujos, mal conservados e as pessoas mais limpas são as do bairro do que as da cidade...”, Os idosos por sua vez confessaram que estão preocupados com o mau saneamento do meio(fecalismo ao céu aberto) em relação a doença “...nos estamos preocupadps com a doença. no caso dos rios

onde se usam como latrinas na verdade existem pessoas que não tem latrinas, visto que não tem latrina devido a pobreza e também é devido ao desordenamento urbano espacial.”

5.4. Ordenamento territorial,

O uso e aproveitamento de terra é regulado por lei em Moçambique[21] e nas cidades os conselhos municipais são responsáveis pela atribuição de terreno para a construção casas, com tudo, nas zonas sub urbanas as pessoas vivem em casas construídas sem ordenamento, na discussão de grupo focal um dosos afirmou “...*somente este comportamento das pessoas viverem da maneira que elas querem está piorando esta doença*”. A ocupação desordenada nas zonas sub urbanas começou no período da guerra civil e ainda as pessoas que vivem nessas zonas continuam sem os serviços básicos de saneamento e a disponibilidade da água potável é limitada, o que favorece a explosão de doenças infectocontagiosas[18]. 9

5.6. Fornecimento de água,

A água é uma substância importante para a vida[22], os humanos precisam da água para o consumo e uso doméstico, irrigação das machambas e abastecimento das industrias[23] em quantidades suficiente e qualidade necessária para garantir uma vida saudável[24]. O fornecimento inadequado de água compromete a saúde, e os participantes neste estudo reconhecem esse facto e associam a ocorrência de diarreias e cólera. Um homem do grupo focal de Adultos disse “... *a falta de agua, estes todos fatores vão provocar dores abdominais e finalmente cólera*”. O sistema de abastecimento de água na área estudada não funciona e a população recorre os poços como alternativa. No grupo discussão de Jovens um participante disse “...*existem locais onde somente colocaram [sistema de abastecimento de água] sem sair nem sequer uma gota, como usamos água do poço e aquele lixo é arrastado pelas águas que bebemos sem tratar com certeza, como consequências bebemos água de caracata podre, outras coisas podres...*” na opinião dos participantes no estudo, a qualidade da água fornecida pela empresa local é boa “...*FIPAG distribui água de qualidade, mas nós bebemos água mal conservada, mal tratada*”.

5.7. Profissionais de saúde e o programa um estudante e uma família

Os temas relacionado aos profissionais de saúde e o programa um estudante e uma família da UniLúrio não eram da expectativa da equipa de investigação.

A crença de que os profissionais de saúde distribuem a cólera durante a cloração de água[10] encontra suporte pelo facto de que os enfermeiros tratam os doentes de cólera mas eles e os seus filhos não ficam doente, uma senhora participante de discussão em grupo disse “...*uma mistura de cerveja, capanga e quilile piora a situação e basta ingerir já começa com os sintomas e alastra para outras pessoas acabando por acusar o governo e até acusamos os profissionais de saúde que não adoecem.*” e uma outra afirmou “*Apesar de saber que somos as pessoas que não cuida da nossa saúde sempre temos ido nos secretários porque alegamos que eles não adoecem nem os filhos dos enfermeiros...*” a declaração de uma ativista de saúde participante do grupo discussão testemunham as agressões que o pessoal de saúde sofre:

“Eu já sofri isso [agressão]lá minha terra em Mogincual, fomos formados para sermos ativistas da comunidade, essa doença de cólera eclodiu em kinca no posto administrativo

de Mogincual, quando começaram agredir alguns chefes, com a intervenção da polícia, aquilo abrangeu para todos nós, tinham dito que eu recebi um valor monetário de setenta milhões, bicicleta, para distribuir a tal doença e vieram na minha casa para perguntarem sobre isso, ... cercaram na minha casa, eu entrei em fuga diretamente nas matas, graças a polícia me salvou”.

Em relação ao Programa um estudante uma família implementado pela Universidade Lúrio, o programa visa criar contato dos estudantes a comunidade, um homem de 28 anos de idade disse *“Somente lamentar existem alguns estudantes que saem mas não despedem-nos, isso é lamentável porque nós ajudamos a vocês e se vocês não agradecem que a gente faz é triste e lamentável”.* Segundo essa afirmação há necessidade de criar um mecanismo formal de desligamento dos estudantes quando terminam o ano ou o curso para manter a confiança que a comunidade tem do programa e a Universidade expresso por um participante nos seguintes termos:

“... eu só gostaria de enfatizar que esta doença já ultrapassou as nossas capacidade e estamos preocupados. Aqui na comunidade os estudiosos são poucos somos nós que não sabemos nada. Assim que nos filhos vem nos perguntar sobre a doença já tem iniciativa, gostaríamos que continuassem para nos ajudar a procurar meios de como prevenir a cólera porque nós não sabemos nada mesmo que vocês nos perguntam temos um conhecimento limitado e vocês que sabem as doenças nos ajudem a esclarecer bem e a prevenir esta doença”.

5.8. Generalidade sobre cólera

A categoria de generalidade sobre cólera inclui causa da doença, conceitos, consequências, fatores associados, grupos susceptíveis, informação, prevenção, sinais e sintomas, transmissão e tratamento.

5.8.1. Causa

A doença de cólera é causada por espécies patógenos de *vibrio cholera*, estes são bactéria bacilo Gram negativo da família *vibrionaceae* [8][25], somente um homem de 33 anos de idade em entrevista disse *“...é vibria coleria”*, e quase todos participantes que falaram sobre a causa da doença referiu desconhecer, em discussão de grupo de mulheres maior de 45 anos, uma participante afirmou *“... nem deus sabe..”* na mesma discussão houveram várias intervenções que mostrava o desconhecimento da causa da doença, uma disse *“quando a pessoa contrai a doença e os sintomas aparecem morre imediatamente e nós não sabemos de onde vem ou origem”*, outra participante falou que *“Na verdade nós não temos um bom esclarecimento da doença por saber que está matando muitas pessoas e sem saber a causa”*, umas disse que estava confusas sobre a causa da doença *“Estou confusa, não pode ser um microrganismo será que antigamente não existia?”* Alguns participantes relacionaram a causa da doença com o consumo de bebidas de fabrico caseiro, num grupo focal de mulheres de 24-34 anos uma senhora disse *“...algumas bebidas como vinho capanga misturado com algumas folhas tradicionais juntado podem provocar doires abdominais[cólera]...”*, a associação do consumo de bebidas de fabrico caseiro e cólera pode ser pelo facto da via de transmissão da cólera ser o consumo de alimentos ou água contaminada[3][4] e o cuidado higiénico das bebidas de fabrico caseiro é fraco o que

favorece a sua contaminação por *vibrio cholera* ou por outras bactérias que causam doenças diarreicas. Outra perspectiva da causa de doença foi descrita por algumas mulheres que indicam que o governo é responsável da ocorrência da doença, em grupo de discussão uma senhora disse “...a doença é causada pelo governo e tem algum lucro nisso e escolhem um determinado grupo de pessoas para enriquecer... o que mi leva aceitar que é o governo porque a doença não acaba”.

5.8.2. Sinais e sintomas

A cólera é uma doença que clinicamente caracteriza-se por diarreia aguada tipo água de arroz, que pode ser acompanhado de vômitos e o paciente pode evoluir a desidratação grave até a morte[2] se não tiver uma assistência médica adequada e atempada. A descrição dos participantes sobre os sinais e sintomas é semelhante as descrições encontrada na literatura. Em discussão focal de mulheres maior de 45 anos, uma mulher disse que “... o aparecimento desta doença que é de maneira repentina” e uma outra no mesmo grupo de discussão afirmou “...caracterizado por diarreia e vômitos basta entrar numa família todos tem mesmos sintomas”. Um participante de grupo discussão entre homens de 24-35 anos afirmou “...ajudei um tio meu que fazia diarreia e vômitos em trinta minutos não conseguia ficar de pé sozinha e as suas diarreias eram tão aquosas até o ponto de perder todo soro corporal” e numa outra discussão de grupo de mulheres com idade 24-35 anos uma participante disse “... cólera é uma doença que afecta as pessoas e se caracteriza por fazer diarreia constante de cinco em cinco minutos com vômitos e fraqueza generalizada nem para se movimentar nem para fazer algo ficando difícil”, uma outra participante falou sobre os sintomas e o risco de morte associado a cólera “Sim, é assim a pessoa com cólera enquanto faz diarreia acompanha se de vômitos, e ela é idêntica a água de arroz basta ter essa característica deve se dar cortar água de lanho, ou fazer papinha de arroz, muitos líquidos mandar imediatamente ao hospital, quando faz trinta minutos esta pessoa corre o risco de morrer, até mesmo morre”.

5.8.3. Prevenção e controlo da cólera

Em Moçambique, as principais medidas de controle de cólera consistem no tratamento correcto de casos, campanhas de cloração de água e disseminação de mensagens de higiene [26]. As mulheres maiores de 45 anos que participaram no grupo focal já ouviram falar algumas mensagens de higiene divulgadas nas igrejas autoridades de saúde e partidos políticos, uma senhora disse “Não é partido, religião que provoca a doença, o que esses grupo fala diz que temos que tirar lixo, lavar bem a loiça beber agua tratada, evitar que a loiça não seja pousada por moscas”, no grupo focal de mulheres de 24-35 anos de idade disseram que “somos ensinados a fazer limpeza individual, coletiva, lavar loiça, varrendo os pátios, enterrar o lixo, lavar as maus antes de comer”, uma participante disse que a disseminação de mensagens não será suficiente para prevenir cólera “mesmo que si faça campanhas de mobilização não vão conseguir”. Os participantes falaram da maneira como as mensagens são difundidas, na sua opinião a informação cria confusão nas pessoas, um participante do grupo idosos disse “mais atualmente os técnicos de saúde chamam urgentemente dizem que são palestras, vacina, isto perturba a população acabando por não aderir” e outro homem afirmou “quando si introduz cloro na agua parece cólera isso cria confusão na população deve se usar outro termo”. O cuidado com os doentes ou com

os óbitos é importante para prevenir a disseminação da doença segundo o grupo discussão de homens de 24-35 anos *“Por isso no caso ... de cólera deve haver muito cuidado e precaução, afastando as crianças no local de eclosão desta doença”*, Nenhuma participante se referiu a vacinação como meio de prevenção[26], em Moçambique a vacinação contra cólera não é parte da atividade de rotina.

5.8.4. Informação

As informações sobre medidas de prevenção, tratamento e causa da cólera são obtidas fundamentalmente nas unidades sanitárias, depois de um familiar ou a própria pessoa recebe assistência hospitalar por cólera, uma senhora na discussão de grupo 24-35 anos de idade disse *“... depois de ser tratada falaram me no hospital que é causada por microrganismo e disseram que tenho que prevenir a doença.”*, uma outra afirmou *“eu fui bem explicado[no hospital] sobre a cólera quando estava doente”*, contudo as informações são obtidas por meio das mídias e instituições de ensino. Em entrevista de um homem de 28 anos de idade disse *“...já ouvi da cólera na escola, na rádio, na Televisão e nos jornais”*.

5.8.5. Transmissão

Historicamente a transmissão da cólera era explicada na base de duas teorias contagionista e miasmáticas[4] [5][27]. A teoria contagionista, defendida por John Snow, considerava que as doenças transmitiam-se por contato direto com doente ou material de pessoas afetada pela doença[4] e a teoria miasmática defendia que a transmissão das doenças era através da presença de partículas mórbidas no ar responsável pela propagação das doenças. No presente trabalho encontrou-se que uma parte dos participantes associam o contato com um doente de cólera com a transmissão da doença, uma mulher maior de 45 anos de idade participante do grupo discussão afirmou *“... basta iniciar com diarreia a doença si alastra através das pessoas que ajudam o doente...”*, uma outra participante disse *“...basta ter alguém com vômitos e diarreia toda família estará abrangida...”*, *“...quando aparece numa família toda família é atacada...”*, alguns participantes referiram que não estavam claros sobre os mecanismos de transmissão da cólera, uma mulher maior de 45 anos de idade, falando num grupo de discussão sobre a transmissão disse *“Nós também estamos confusos...”*, um homem participante na discussão de grupo de idosos disse a propagação de colera a malfeitores que distribuíam *“...actualmete nas nossas residências existem pessoas com má fe, em que de noite começam a distribuir uma farinha e ao amanhacecer a sua família começa com sintomas, mas antigamente não existia”*.

5.8.5. O tratamento

Para o tratamento do doentes de cólera ao nível da comunidade, o Ministério da Saúde recomenda levar ao centro de saúde mais próximo rapidamente e durante o caminho oferecer líquidos tais como: Sal de Rehidração Oral ou chá com açúcar, refrescos, água de lanho, água de arroz, mistura de água com sal e açúcar[28], a maioria dos participantes disseram que o doente de cólera deve receber mais líquidos e leva-lo ao hospital imediatamente, vários depoimentos nos grupos focais e entrevistas demonstram essa practica, em um grupo focal de mulheres maior de 45 anos de idade, uma senhora fez o

depoimento da história da sua filha *“Quando minha filha teve cólera tinha trocado de roupa dela, ferver para água bebeu, de seguida levei para o hospital”* e uma participante do grupo focal de mulheres entre 24-35 anos contou a sua história dizendo *“...quando eu estava doente davam me água de arroz e lanho e depôs levaram para o hospital injectaram soro...”*, em entrevista de um homem de 33 anos disse *“Água limpa, água de arroz, água de lanho são uma das coisas que devem ser feitas uma pessoa com diarreia e vômitos em casa a caminho do Hospital”*. A practica de fornecer muitos líquidos e levar ao hospital é recente visto que antigamente os doentes eram tratados com medicamentos tradicionais e isolamento. Em um grupo focal de adultos um participante disse *“antigamente os nossos antepassados preparavam algumas folhas onde chamavam algumas pessoas, uma tribo, tomavam os medicamentos, mas quando começava com os sintomas isolavam o doente”* outro participante afirmou *“Antigamente a doença existia e havia um medicamento tradicional que tomava toda a família”* o uso de medicamento tradicional é uma practica que ainda existe, um participante do grupo focal em idoso disse *“em casa algumas pessoas usam cinza colocam no copo e dão de tomar outros usam folhas de papaia esmagam colocam na água dão ao doente e evacua o doente imediatamente para o hospital”* e mesmo que as pessoas continuam a usarem a medicina tradicional, elas confiam nos serviços hospitalares para o tratamento da cólera, Algumas pessoas não prestam apoio aos doentes de cólera, uma participante do grupo focal de mulheres de 24-35 anos disse *“na verdade uma pessoa com cólera seca rapidamente, essas veias seca bem mesmo... mas outras pessoas não queriam aproximar porque tinha medo contaminar, já vi duas vezes pessoas a afastarem se do indivíduos que tem a cólera a serem deixados”*.

6. Conclusões e recomendações

6.1. Conclusão

A cólera é uma doença que é reconhecida no seio dos moradores do Bairro de Mutauanha como uma doença grave que se propagam rapidamente entre as pessoas .. e letal se o paciente não receber tratamento adequado imediato.

Acreditam que a doença está relacionada com a falta de água potável, deficiente saneamento do meio, construção de residências de forma desorganizada, pobreza e ineficácia das políticas governamentais no controlo da doença.

Em geral, o principal cuidado para os doentes de cólera ao nível da comunidade é fornecimento de muitos líquidos e levar ao hospital mais próximo o mais rápido possível, mas algumas pessoas recorrem ao tratamento tradicional.

Os líquidos frequentemente usados para dar ao doente de cólera são água fervida, água de arroz e água de coco.

Embora a cólera esteja relacionada com determinados factores, existe pouca clareza sobre a causa e os mecanismos de transmissão da doença que condiciona a desinformação e vandalismo nas casas de autoridades locais e profissionais de saúde.

As informações sobre cólera são obtidas principalmente nas unidades sanitárias, na rádio e televisão.

6.2. *Recomendações*

As recomendações serão definidas por nível de implementação: Individual, comunitária, Unilúrio, sector da saúde e conselho municipal.

6.2.1. *Individual*

Para o controle da cólera, cada membro da comunidade deve assegurar a higiene individual e colectiva na sua residência, no local de trabalho e na via pública, assim como deve contribuir na disseminação de informações difundidas pelas autoridades de saúde.

Usar sempre a água tratada

6.2.2. *Comunidade*

O lixo produzido na comunidade deve ser depositado em locais apropriados e de forma correcto para facilitar a recolha e remoção.

A venda de alimentos de pronto consumo e água, deve obedecer as normas de higiene definidas pelas autoridades de saúde (tapar os alimentos de pronto consumo vendidos ao público, lavar bem os alimentos fornecidos cru, lavar sempre as mãos durante a manipulação dos alimentos, cozer bem os alimentos).

Continuar com o trabalho de ordenamento territorial com apoio de técnicos do conselho municipal.

6.2.3. *Universidade*

Deve continuar a promover os estudos desta Natureza;

A Unilúrio deve continuar implementando o PIEIF visto que é um meio de difusão de informação sobre a saúde na comunidade;

Todos estudantes quando terminarem cada Semestre devem despedir a Família que foi atribuída;

A Faculdade de Arquitetura da Unilúrio deve participar no processo de ordenamento territorial dos bairros da Cidade.

6.2.4. *Concelho Municipal*

Garantir os serviços de saneamento do meio e recolha regular do lixo nas comunidades;

Assegurar o funcionamento correcto dos mercados e venda de produtos em bom estado de conservação.

Melhorar o fornecimento da água às comunidades

6.2.5. *Saúde*

Divulgação permanente das mensagens de prevenção de cólera usando diferentes meios de comunicação;

Nas mensagens de sensibilização devem enfatizar as causas e os mecanismos de transmissão da doença.

7. Possíveis novas perguntas

- Porque as pessoas mesmo recebendo informações sobre cólera permanecem com pouco conhecimento das causas e dos mecanismos de transmissão?
- Qual dos factores identificados no estudo (saneamento do meio, fornecimento de água, ordenamento territorial, a pobreza, governo) terá melhor custo eficiência para o controle da cólera e outras doenças diarreicas?

8. Publicação de resultados

8.1. *Comunidade*

Reunião com os líderes comunitários. Já houve um encontro de divulgação dos resultados do estudo, no dia 6 de Março de 2014, com os chefes dos quarteirões e eles definiram as suas prioridades em relação aos problemas identificados no estudo. O problema mais relevante para a comunidade é o saneamento e gestão do lixo, sobre este problema, ações de sensibilização estão em curso, ao nível do quarteirão 7, as pessoas são ensinadas a criarem valas para drenagem da água das casas de banho e assim evitam que esta água suja espalha-se na rua. O segundo problema na ordem de importância segue o fornecimento de água, e sobre esse problema apela-se o apoio das autoridades competente. A comunidade beneficiou-se de um sistema de abastecimento de água que não chegou de funcionar devidamente. A terceira prioridade é o ordenamento territorial e sobre esse problema, a comunidade iniciou a abrir visas de acesso, mas não existe intervenção relativo a construção das casas.

Os resultados serão apresentados na Direção Provincial de Saúde e no Conselho Municipal da Cidade de Nampula.

8.2. *Revista*

Elaboração de um artigo Cientifico para publicar

8.3. *Acadêmica*

O protocolo do estudo foi apresentado nas pre jornadas e nas jornadas científicas organizadas pela Unilurio e os resultados serão apresentados no Programa um estudante uma Família da Unilúrio durante as aulas da saúde comunidade, nas jornadas científicas e Intranet da Unilúrio, na Biblioteca da Faculdade de Ciências da Saúde e Biblioteca do Hospital Central de Nampula

9. Referências bibliográficas

- [1] C. ROZMAN, *Medicina Interna*, 14th ed. Havana, 2000.
- [2] M. H. Dick, M. Guillerm, F. Moussy, and C. Chaignat, “Review of Two Decades of Cholera Diagnostics – How Far Have We Really Come ?,” vol. 6, no. 10, 2012.
- [3] S.-F. F and G. Alonso, “Cólera y *Vibrio cholerae*,” *Rev. del Inst. Nac. Hig. Rafael Rangel*, vol. 40, no. 2, pp. 50 – 69, 2009.
- [4] J. Cerda L and G. Valdivia C, “John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna,” *Revista chilena de infectología*, vol. 24, no. 4. 2007.
- [5] C. Zavala, “E L CÓLERA EN MICHOACÁN Y,” pp. 39–88, 1883.
- [6] Y. Motarjemi, F. Kaferstein, G. Moy, and F. Quevedo, “Reviews / Analyses Contaminated weaning food: a major risk factor for diarrhoea and associated malnutrition *,” vol. 71, no. 1, pp. 79–92, 1993.
- [7] D. C. Griffith, L. a Kelly-Hope, and M. a Miller, “Review of reported cholera outbreaks worldwide, 1995-2005.,” *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, vol. 75, no. 5, pp. 973–7, Nov. 2006.
- [8] M. Ali, L. Lopez, A. You, E. Kim, B. Sah, and J. Clemens, “The global burden of cholera,” no. November 2011, pp. 209–218, 2012.
- [9] L. Gujral, C. Sema, S. Rebaudet, C. L. A. Taibo, A. A. Manjate, R. Piarroux, B. D. Gessner, and I. V. Jani, “Cholera epidemiology in Mozambique using national surveillance data.,” *J. Infect. Dis.*, vol. 208 Suppl , no. Suppl 1, pp. S107–14, Nov. 2013.
- [10] C. Serra, *Cólera e catarse*. Maputo, 2002.
- [11] MISAU, “Plano Estrategico do Sector da Saúde PESS 2013-2017.” 2013.
- [12] Ana Rosa Lopes de Araujo, *Manual de Demografia para Estudantes de Medicina*, 1^a ed. Maputo, 2001, pp. 81–114.
- [13] M. Mason, “Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews,” *Forum Qual. Soc. Res.*, vol. 11, no. 3, pp. 1–17, 2010.
- [14] A. K. Fosu, “Poverty and development.,” *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85, no. 10. p. 734, 2007.
- [15] A. Wagstaff, “Poverty and health sector inequalities.,” *Bull. World Health Organ.*, vol. 80, no. 2, pp. 97–105, 2002.
- [16] P. Braveman and S. Gruskin, “Poverty, equity, human rights and health.,” *Bull. World Health Organ.*, vol. 81, no. 7, pp. 539–545, 2003.
- [17] M. Iribarnegaray and L. Seghezze, “Governance, Sustainability and Decision Making in Water and Sanitation Management Systems,” *Sustainability*, vol. 4, no. 12, pp. 2922–2945, 2012.
- [18] M. Aragón, A. Barreto, P. Tabbard, J. Chambule, C. Santos, and A. Noya, “Epidemiologia da cólera em Moçambique no período de 1973-1992 Cholera epidemiology in Mozambique : period 1973-1992,” 1994.
- [19] *Cambridge advanced learner’s dictionary*, 3rd ed. .
- [20] D. Mara, J. Lane, B. Scott, and D. Trouba, “Sanitation and health.,” *PLoS Med.*, vol. 7, no. 11, p. e1000363, 2010.
- [21] E. Ianni, “Land Acquisitions and Rural Poverty: Unveiling Ambiguities in the District of Caia (Mozambique),” *Environment and Natural Resources Research*, vol. 2, no. 3. 2012.

- [22] P. Principles, G. For, and I. Water, “WATER 2015 RESOURCE MANAGEMENT – IWRM,” *Water*, vol. 27, no. 3, pp. 343–352, 2010.
- [23] J. Butterworth and J. Soussan, “Water Supply and Sanitation & Integrated Water Resources Management: why seek better integration?,” *Water*, no. May. pp. 1–17, 2001.
- [24] P. R. Hunter, A. M. MacDonald, and R. C. Carter, “Water supply and health.,” *PLoS Med.*, vol. 7, no. 11, p. e1000361, 2010.
- [25] O. Access, “Cholera Epidemiology in Nigeria: an overview,” vol. 8688, pp. 1–12, 2012.
- [26] P. Cavailler, M. Lucas, V. Perroud, M. Mcchesney, S. Ampuero, P. J. Gu, D. Legros, T. Nierle, C. Mahoudeau, P. Kahozzi, J. L. Deen, L. Von Seidlein, X. Wang, M. Puri, M. Ali, J. D. Clemens, F. Songane, A. Baptista, F. Ismael, A. Barreto, and C. Chaignat, “Feasibility of a mass vaccination campaign using a two-dose oral cholera vaccine in an urban cholera-endemic setting in Mozambique &,” vol. 24, pp. 4890–4895, 2006.
- [27] L. thi T. Xuan, L. Hoat, T. Rheinländer, A. Dalsgaard, and F. Konradsen, “Sanitation behavior among schoolchildren in a multi-ethnic area of Northern rural Vietnam,” *BMC Public Health*, vol. 12, no. 1. p. 140, 2012.
- [28] R. M. Gujral, Lorna; Manjate, *MANUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA CÓLERA E DE OUTRAS DIARREIAS AGUDAS*. Maputo: Minist[er]io da Saúde, Departamento de Ewpidemiologia, 2009.

10. Anexos

10.1. Lista de participantes

Número	Idade em anos	Religião	Sexo	Profissão	Nível de Escolaridade	Método de Recolha de Dados
1	47	Católica União	Masculino	Segurança	5ª Classe	Grupo Focal
2	52	Baptista	Masculino	Carpinteiro	4ª Classe	Grupo Focal
3	50	Católica	Masculino	Professor	Licenciado	Grupo Focal
4	45	Católica	Masculino	Reformado	6ª Classe	Grupo Focal
5	47	Católica	Masculino	Domestico	3ª Classe	Grupo Focal
6	52	Católica	Masculino	Camponês	2ª Classe	Grupo Focal
7	46	Muçulmano	Masculino	Camponês	3ª Classe	Grupo Focal
8	26	Católica	Feminino	Camponês	12ª Classe	Grupo Focal
9	24	Muçulmano	Feminino	Estudante	10ª Classe	Grupo Focal
10	25	Muçulmano	Feminino	Camponês	12ª Classe	Grupo Focal
11	25	Católica	Feminino	Estudante	7ª Classe	Grupo Focal
12	19	Católica	Masculino	Estudante	3ª Classe	Grupo Focal
13	19	Católica	Masculino	Estudante	12ª Classe	Grupo Focal
14	19	Muçulmano	Masculino	Estudante	10ª Classe	Grupo Focal
15	22	Muçulmano	Masculino	Estudante	10ª Classe	Grupo Focal
16	28	Muçulmano	Feminino	Ativista de saúde	12ª Classe	Entrevista
17	27	Muçulmano	Masculino	Domestico	10ª Classe	Entrevista
18	18	Católica	Masculino	Camponês	10ª Classe	Entrevista
19	19	Católica	Masculino	Camponês	11ª Classe	Entrevista
20	33	Católica	Feminino	Domestico	5ª Classe	Grupo Focal
21	32	Muçulmano	Feminino	Camponês	6ª Classe	Grupo Focal
22	30	Muçulmano	Feminino	Professor	7ª Classe	Grupo Focal
23	39	Católica	Feminino	Professor	8ª Classe	Grupo Focal
24	40	Católica	Feminino	Domestico	5ª Classe	Grupo Focal
25	38	Católica	Feminino	Domestico	7ª Classe	Grupo Focal
26	44	Católica	Feminino	Camponês	7ª Classe	Grupo Focal
27	60	Católica	Masculino	Camponês	8ª Classe	Entrevista
28	60		Feminino	Domestico	9ª Classe	Entrevista
29	39	Muçulmano	Masculino	Camponês	5ª Classe	Entrevista
30	25	Muçulmano	Masculino	Camponês	4ª Classe	Grupo Focal
31	30	Muçulmano	Masculino	Camponês	2ª Classe	Grupo Focal
32	34	Católica	Masculino	Camponês	2ª Classe	Grupo Focal
33	26	Muçulmano	Masculino	Camponês	2ª Classe	Grupo Focal
34	34	Católica	Masculino	Camponês	3ª Classe	Grupo Focal
35	29	Muçulmano	Masculino	Camponês	1ª Classe	Grupo Focal

10.2. Categorias e códigos

Generalidades

Causas

<Internas\\Discussao de grupo focal mulheres de 45> - § 9 referências codificadas [10.59% Cobertura]

Referência 1 - 0.18% Cobertura

nem Deus sabe

Referência 2 - 1.05% Cobertura

A doença aparece de forma brusca e mata de forma brusca sem saber de onde vem

Referência 3 - 1.55% Cobertura

quando a pessoa contrai a doença e os sintomas aparecem more imediatamente e nos não sabemos de onde vem ou origem

Referência 4 - 1.05% Cobertura

Estou confusa não pode ser um microrganismo será que antigamente não existia?

Referência 5 - 1.62% Cobertura

Na verdade nos não temos um bom esclarecimento da doença por saber que esta matando muitas pessoas e sem saber a causa.

Referência 6 - 0.82% Cobertura

quando perguntamos de onde vem a doença ninguém nos explica.

Referência 7 - 0.91% Cobertura

Na verdade nos estamos confusas não sabemos nada sobre essa doença.

Referência 8 - 0.59% Cobertura

Não é partido religião que provoca a doença

Referência 9 - 2.82% Cobertura

Algumas vezes quando si prepara álcool tradicional (quilile) misturam com algumas folhas que são nocivas ao organismo provocando dores abdominais, uma mistura de cerveja de capanga e quilile piora a situação

<Internas\\Disscusao grupo focal mulhers 24 35> - § 4 referências codificadas [7.26% Cobertura]

Referência 1 - 2.19% Cobertura

é uma doença que acontece de repente sem causa específica e nos não sabemos onde esta a origem desta doença e nem como prevenir.

Referência 2 - 2.00% Cobertura

algumas bebidas como vinho capanga misturado com algumas folhas tradicionais juntado podem provocar doires abdominais

Referência 3 - 1.09% Cobertura

O que mi leva aceitar que é o governo porque a doença não acaba.

Referência 4 - 1.98% Cobertura

a doença é causada pelo governo e tem algum lucro nisso e escolhem um determinado grupo de pessoas para enriquecer.

<Internas\\Entrevista de um adulto de 33 anos> - § 1 referência codificada [4.11% Cobertura]

Referência 1 - 4.11% Cobertura

Sabe Qual é o micróbio que provoca a cólera?

Entrevistado: Dizem que é vibria coleria.

<Internas\\Entrevista de um adulto dos seus 28 anos de idade> - § 2 referências codificadas [6.73% Cobertura]

Referência 1 - 3.31% Cobertura

Ele provoca a doença por via de água, alimentos, e outros bens.

Referência 2 - 3.42% Cobertura

Sabe Qual é o micróbio que provoca a cólera?

Entrevistado: Não.

<Internas\\Entrevista de uma mãe de 45 anos> - § 1 referência codificada [1.69% Cobertura]

Referência 1 - 1.69% Cobertura

Sabe Qual é o agente etiológico da cólera?

Entrevistada: Não!

<Internas\\Entrevista homem 59 anos> - § 4 referências codificadas [36.70% Cobertura]

Referência 1 - 1.77% Cobertura

isso derivado também ao mau comportamento, da própria população ou do próprio morador da cidade.

Referência 2 - 3.91% Cobertura

Isso deriva da sujidade também do mau uso de muita das vezes das nossas casas de banho ou latrinas as vezes as defecações são descontroladas e com as moscas tanto como falta de lavar a roupa e incluindo as estragadas

Referência 3 - 27.41% Cobertura

mal entender é de a lavar as mãos, lavar a roupa deriva isso com que origine a cólera, porque mãos sujas, comidas mal preparadas, mesmo com tendências de alteração dessa comida podridão no uso dessas comidas aparece a doença de cólera e quem sempre utiliza comidas estragadas ou mal preparadas ou mãos não lavadas é mais na idade infantil. Porque na idade ate dez anos até mesmo quinze anos quando digo são mais acelerados, mais ate quinze anos são ainda irresponsáveis em termos de utilização de comida utilização de casas de banho lavagem de roupa em suma a higiene, porque sem higiene deriva logo a cólera que aparece. Muitas das vezes tem sido por parte dos adultos. Porque os adultos pouco sabem em especial pessoas que pouco tem com o estudo ou alfabeto. São naturalmente pessoas que tudo usam sem consulta, não sabe o que é o perigo de uma comida estragada, não sabe o que é o perigo de uma sujidade de lixo que existir, não sabe das águas estagnadas muitas das vezes é banho na lagoa e também adulto pode ser derivado a doença da cólera, mas não muito aguda quer ser não muito fácil apanhar a doença de cólera, se não quando chega o ponto que consome qualquer comida ou comida do tempo passado ou que ficou muito tempo nos armazém principalmente nas fabricas de alimentação as vezes pode se comprar um comida que está estragada, mesmo na loja com indiano ficar a consumir a usar e causar as doenças diarreicas pode derivar a cólera isso no adulto, mas em especial essa idade que eu aponte é com mais frequência

Referência 4 - 3.62% Cobertura

moscas que saem na utilização de varias latrinas pode ele morrer ali e ter o vírus daquela mosca, consumiu entã causa a possibilidade de ter a diarreia logo consequentemente vai lhe alastrar em cólera.

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 4 referências codificadas [11.98% Cobertura]

Referência 1 - 4.31% Cobertura

Na verdade a doença de cólera está connosco, é uma doença que está relacionada com a falta de higiene nossa, como não de as lavar mãos antes de comer ou falta de latrinas as moscas quando são mal controladas e quando pousam na nossa comida, principalmente água estagnadas, tudo isso provocando a cólera, atingindo de zona em zona.

Referência 2 - 1.72% Cobertura

nas nossas casas comida mal preparada, mãos não lavadas, comida não tapada e pousada pela mosca, depois de comer começa com cólera,

Referência 3 - 5.30% Cobertura

Na minha zona há problema de lixo faz quatro meses que não tiram na lixeira pelo concelho Municipal, falta de latrinas, na lixeira encontra vários tipos de lixos com fezes, xima dos dias anteriores só para citar alguns, tudo isso causando a doença a cólera, não é juntar o lixo da padaria Nampula com os dos outros bairros porque há-de provocar outras coisas, visto que est junção há-de provocar a cólera.

Referência 4 - 0.64% Cobertura

porque havia provocado por comida do dia anterior

<Internas\\transcrao focal idosos> - § 3 referências codificadas [2.24% Cobertura]

Referência 1 - 0.37% Cobertura

antigamente havia a doença de cólera, era causada por comer coisas podres

Referência 2 - 0.77% Cobertura

eu não sei si era um bicho somente sei que comida do dia anterior quando não for aquecida causa doença portanto o que causa doença talvez é esse bicho.

Referência 3 - 1.10% Cobertura

Bichos quando entram no organismo através da comida começa a criar danos, porque as pessoas que sabem que a comida do dia anterior apodrece sempre aquecem! Depôs de ser aquecida é um meio de prevencao para a doença.

Conceitos

<Internas\\Discussao de grupo focal mulheres de 45> - § 2 referências codificadas [1.65% Cobertura]

Referência 1 - 0.91% Cobertura

Na verdade nos estamos confusas não sabemos nada sobre essa doença.

Referência 2 - 0.74% Cobertura

Nos estamos preocupados com a doença não sabemos nada.

<Internas\\Disscusao grupo focal mulhers 24 35> - § 1 referência codificada [0.92% Cobertura]

Referência 1 - 0.92% Cobertura

é uma doença que aprece um período especial e sazonal.

<Internas\\Entrevista homem 59 anos> - § 1 referência codificada [3.75% Cobertura]

Referência 1 - 3.75% Cobertura

Sim já ouvi falar da Cólera de facto comecei a ouvir isso a muitos anos atrás, porque posso dizer que a cólera é uma doença descontrolada que anda por aí no mundo fora em particular na nossa cidade de Nampula

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 1 referência codificada [1.57% Cobertura]

Referência 1 - 1.57% Cobertura

Cólera aqui na cidade é um doença sazonal em que nós a população não sabemos a sua origem e havemos de acusar o governo

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 3 referências codificadas [2.54% Cobertura]

Referência 1 - 0.31% Cobertura

Sim, já ouvimos por muitas vezes.

Referência 2 - 1.82% Cobertura

Cólera é uma doença que afecta as pessoas e se caracteriza por fazer diarreia constante de cinco em cinco minutos com vômitos e fraqueza generalizada nem para se movimentar nem para fazer algo ficando difícil.

Referência 3 - 0.41% Cobertura

Na verdade a cólera é um problema muito sério.

<Internas\\transcricao focal idosos> - § 5 referências codificadas [2.61% Cobertura]

Referência 1 - 0.62% Cobertura

a doença de cólera é caracterizado por diarreia e vômitos com um mal-estar geral, é uma doença que começou a muito tempo.

Referência 2 - 0.47% Cobertura

Todos nos sabemos que há diarreia simples e cólera mas nestimomneto vamos falar da colera

Referência 3 - 0.44% Cobertura

A doença piora neste tempo de mangas basta começaram amadurecer ai surge o problema.

Referência 4 - 0.56% Cobertura

Portanto quando alguém diz tem meios de prevenir a cólera é atacado porque a populcao não sabe o que é cólera.

Referência 5 - 0.52% Cobertura

Quando si introduz cloro na agua pareci cólera isso cria confusão na populcao deve si usar outro termo

Consequencias

<Internas\\Discussao grupo focal mulhers 24 35> - § 2 referências codificadas [3.33% Cobertura]

Referência 1 - 1.95% Cobertura

Os secretários dos bairros são acusados porque conhecem bem o bairro e os moradores e os enfermeiros não tem culpa

Referência 2 - 1.38% Cobertura

quando afecta uma determinada população si não for levada ao hospital ira morrer

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 1 referência codificada [0.93% Cobertura]

Referência 1 - 0.93% Cobertura

na realidade esta doença está nos matando principalmente nossos filhos,

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 2 referências codificadas [1.80% Cobertura]

Referência 1 - 1.09% Cobertura

Sim, ali naquela margem já houve casos alias um senhor óbitou neste ano mas na nossa zona nunca se registou casos de cólera.

Referência 2 - 0.71% Cobertura

qua ndo faz trinta minutos esta pessoa corre o risco de morrer, até mesmo morre.

<Internas\\transcrcao focal idosos> - § 2 referências codificadas [4.25% Cobertura]

Referência 1 - 1.75% Cobertura

Na verdade o erro ouve no principio é por isso que dizem o governo sabe porque as pessoas que moriam de cólera não eram permitidos que os familiares vecem o morto, não faziam a seleccao de dois familiares usando mascaras e botas, luvas para ir observar o óbito depos esclarecer que os cadaveis de cólera não são palpáveis de qualquer maneira.

Referência 2 - 2.50% Cobertura

Quando si introduz cloro na agua pareci cólera isso cria confusão na populcao deve si usar outro termo. Em Moma um hospital inteiro foi vandalizado, porque alguns activistas da saúde estavam a tratar agua com cloro, si fosse que esses activistas foram no regulo *Intira* informar que queremos tratar a agua com um medicamento que não seja cloro mas com um outro nome exemplo certeza e que inciou a que na cidade beber agua tratada com certeza foi o próprio presidente do conselho municipal.

Facores associados

<Internas\\Entrevista de um adulto de 33 anos> - § 2 referências codificadas [9.34% Cobertura]

Referência 1 - 6.23% Cobertura

Sim! Por exemplo pessoas que não tem uma boa higiene, usar o mesmo balde para casa de banho, lavandaria, água de beber e da cozinha.

Referência 2 - 3.11% Cobertura

Não existe nenhuma religião, partido, ou cultura que influência.

<Internas\\Entrevista de um adulto dos seus 28 anos de idade> - § 3 referências codificadas [18.18% Cobertura]

Referência 1 - 3.31% Cobertura

Ele provoca a doença por via de água, alimentos, e outros bens.

Referência 2 - 10.25% Cobertura

Quais são os factores de risco para a cólera?

Entrevistado: Sim! Por exemplo pessoas que não tem uma boa higiene, usar o mesmo balde para casa de banho, lavanderia, água de beber e da cozinha.

Referência 3 - 4.62% Cobertura

Qual é a explicação da religião, cultura ou política sobre a cólera?

Entrevistado: Não

<Internas\\Entrevista de uma mãe de 45 anos> - § 2 referências codificadas [10.29% Cobertura]

Referência 1 - 1.87% Cobertura

Sabe Quais são os factores de risco para a cólera?

Entrevistada: Não!

Referência 2 - 8.41% Cobertura

Há alguma explicação da religião, ou do partido sobre esta doença?

Entrevistada: Não! Desde o nosso passado havia religião sim, mas não havia a doença como esta abrangindo a todos actualmente. Havia religião cristã, mas a doença não havia, por isso não posso afirmar que a religião é que está agravando esta pandemia.

<Internas\\Entrevista homem 59 anos> - § 5 referências codificadas [49.41% Cobertura]

Referência 1 - 3.91% Cobertura

Isso deriva da sujidade também do mau uso de muita das vezes das nossas casas de banho ou latrinas as vezes as defecações são descontroladas e com as moscas tanto como falta de lavar a roupa e incluindo as estragadas

Referência 2 - 27.41% Cobertura

mal entender é de a lavar as mãos, lavar a roupa deriva isso com que origine a cólera, porque mãos sujas, comidas mal preparadas, mesmo com tendências de alteração dessa comida podridão no uso dessas comidas aparece a doença de cólera e quem sempre utiliza comidas estragadas ou mal preparadas ou mãos não lavadas é mais na idade infantil. Porque na idade ate dez anos até mesmo quinze anos quando digo são mais acelerados, mais ate quinze anos são ainda irresponsáveis em termos de utilização de comida utilização de casas de banho lavagem de roupa em suma a higiene, porque sem higiene deriva logo a cólera que aparece. Muitas das vezes tem sido por parte dos adultos. Porque os adultos pouco sabem em especial pessoas que pouco tem com o estudo ou alfabeto. São naturalmente pessoas que tudo usam sem consulta, não sabe o que é o perigo de uma comida estragada, não sabe o que é o perigo de uma sujidade de lixo que existir, não sabe das águas estagnadas muitas das vezes é banho na lagoa e também adulto pode ser derivado a doença da cólera, mas não muito aguda quer ser não muito fácil apanhar a doença de cólera, se não quando chega o ponto que consome qualquer comida ou comida do tempo passado ou que ficou muito tempo nos armazém principalmente nas fabricas de alimentação as vezes pode se comprar um comida que está estragada, mesmo na loja com indiano ficar a consumir a usar e causar as doenças diarreicas pode derivar a cólera isso no adulto, mas em especial essa idade que eu aponte é com mais frequência

Referência 3 - 6.59% Cobertura

Sim! Como dizia e por falta de não cumprir com as regras de higiene, porque muita das vezes você está a varrer dentro de uma casa o lixo que você tirou dali ou na lavagem dos pratos e toda sujidade esta a lançar de qualquer maneira não enterra ou se é coisa parece

estar suja ou seca não queima muita das vezes com comidas estragadas então deriva a doença de cólera

Referência 4 - 3.62% Cobertura

moscas que saem na utilização de varias latrinas pode ele morrer ali e ter o vírus daquela mosca, consumiu entã causa a possibilidade de ter a diarreia logo consequentemente vai lhe alastrar em cólera.

Referência 5 - 7.87% Cobertura

Eu sou anti-Politico, mas referir de que um partido x é que cria a cólera vai ser me nocivo, porque primeiro expliquei tem ser a própria pessoa que tem saber da sua própria saúde e saber o que é a cólera para de dar a cólera, Agora se partido existe talvez introduza a cólera no seio da população talvez clandestinamente sabendo com algumas pessoas no meu caso como não tenho tido elemento legal para dizer que vamos fazer aquilo ou isto

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 3 referências codificadas [10.80% Cobertura]

Referência 1 - 4.31% Cobertura

Na verdade a doença de cólera está connosco, é uma doença que está relacionada com a falta de higiene nossa, como não de as lavar mãos antes de comer ou falta de latrinas as moscas quando são mal controladas e quando pousam na nossa comida, principalmente água estagnadas, tudo isso provocando a cólera, atingindo de zona em zona.

Referência 2 - 1.72% Cobertura

nas nossas casas comida mal preparada, mãos não lavadas, comida não tapada e pousada pela mosca, depois de comer começa com cólera,

Referência 3 - 4.77% Cobertura

Principalmente nós da comunidade muçulmana qualquer necessidade tanto maior como menor fizemos uma limpeza geral, é obrigatório cortar unhas na comunidade muçulmana, esta comunidade tem higiene como regra, um muçulmano prefere comprar água mineral para uso de higiene do que ficar ou entrar na mesquita sem faze-la visto que ninguém vai na oração sem estar limpo

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 15 referências codificadas [31.38% Cobertura]

Referência 1 - 3.55% Cobertura

visto temos que ferve-la ou tratar com certeza, deve se trocar diariamente, mas naquele período existem pessoas que não fazem, usam mesma agua para beber, lavar alimentos, outros fins por dois, três ou quatro dias e aquela agua provoca diarreia. Não so naquele período é de mangas, aquelas mangas também provocam, alias existem pessoas principalmente crianças que consomem sem lavar e isso provoca a cólera.

Referência 2 - 2.62% Cobertura

Neste tempo de Novembro a Fevereiro deve se lavar a mão primeiro e depois lavar a loiça para começar servir a refeição e tirar cinco litros ou mais de água para ferver e colocar na geleira com o objectivo de beber nunca deixar de era só para hoje e amanhã não vou ferver porque há-de provocar cólera.

Referência 3 - 1.99% Cobertura

esta pessoa corre o risco de morrer, até mesmo morre. Aqui o que está acontecendo muitas mamãs costumam deixar fezes das crianças até dia seguinte dizendo são fezes da minha filha, há de apanhar pratos de anteontem amontoados.

Referência 4 - 0.41% Cobertura

Na verdade a cólera é um problema muito sério.

Referência 5 - 1.24% Cobertura

Será que existe um grupo específico para cólera?

Todas: Não! Não existe! Aquel a doença não escolhe a idade, raça, cor, filiação partidária.

Referência 6 - 0.38% Cobertura

Fala se na igreja para não perder uma irmã.

Referência 7 - 2.13% Cobertura

Há uns que não entendem dizem que o governo é que está a distribuir, mas não é isso aquilo é uma doença só que aparece sem intervenção humana, tem pessoas que ainda pensam que o governo é que esta a distribuir e verdade é que isto é uma doença.

Referência 8 - 1.48% Cobertura

Quando agente fala de água é assim eu fui a Yapala a dias, tive uma diarreia e por causa de mudar a água, visto que água que se bebe em Yapala não é a mesma que usa aqui.

Referência 9 - 2.06% Cobertura

Na verdade alguém quando viaja para um determinado sitio mesmo tem que adaptar com aquela agua, por exemplo quando eu viajo para Moma tenho adaptar com aquela 'agua que se usa lá, porque agua da aqui é doce mas de lá é um pouco salgada.

Referência 10 - 0.94% Cobertura

Acho que o tempo chegou para haver essas doenças, uma vez que é frequente em Novembro juntado com as mangas.

Referência 11 - 2.78% Cobertura

o problema na verdade é que quando de lado estão as fezes, noutro lado esta um prato aparentemente limpo que é usado para as refeições e a criança está comendo alguma coisa. Nesse caso como é que há-de ser? A Criança acompanha coco com mandioca seca. Aqui charo quando se quer usar aquele é somente levar para pôr água.

Referência 12 - 2.24% Cobertura

Como é que os ritos de iniciação comentam sobre esta situação? Uma vez que é fonte de educação, Nessa perspectiva o que é eles dizem acerca da cólera?

M1: Dizer que não existe nenhuma relação.

Todas: Não! Não tem nenhuma relação. Também esta muito longe.

Referência 13 - 3.39% Cobertura

Este ano Deus já abençoou não há de haver cólera. Morremos mesmo por causa de cólera, pedimos para abençoar este ano.

M1: Eu acho que não vai acabar, porque quando nascemos quase apanhamos esta doença , então mesmo que o MISAU faça tudo não há de acabar, visto que é uma doença natural, veja so que é uma doença que tem seu tempo inicial e tempo final, por isso que agente não tem como.

Referência 14 - 5.64% Cobertura

Eu já sofri isso lá minha terra em Mogincual, fomos formados para sermos activistas da comunidade, essa doença de cólera eclodiu em kinca no posto administrativo de Mogincual, quando começaram agredir alguns chefes, com a intervenção da polícia, aquilo abrangeu para todos nós, tinham dido que eu recebi um valor monetário de setenta milhões, bicicleta, para distribuir a tal doença e vieram na minha casa para perguntarem sobre isso, mas justifiquei de que tenho um grupo de poupança, cercaram-na minha casa eu entrei em fuga directamente nas matas, graças a polícia me salvou. Finalmente chamaram lhe na policia e advertiram naqueles indivíduos.

Referência 15 - 0.52% Cobertura

Nunca ouvimos que algum partido esta a distribuir a cólera.

<Internas\\transcrcao focal idosos> - § 21 referências codificadas [37.16% Cobertura]

Referência 1 - 0.49% Cobertura

uma das coisas que eu acho favorece a existência da doença é que antigamente existia boas pessoas

Referência 2 - 1.25% Cobertura

si você explicar seu vizinho em como ter bons modos de vida vai ser seu inimigo. Mesmo que faça limpeza na sua casa em quanto vizinho não faz, enquanto foi ensinado na sua cultura que proíbe o enterro de lixo sendo comparado como acto do cemitério

Referência 3 - 1.33% Cobertura

para prevenir a doença vai custar, porque o modo de viver é diversificado uma vez que é causado por acumulo de lixo e cada um vive na sua casa tem seu modo de vida, mesmo que faça limpeza na casa em quanto na casa do vizinho não si faz não estarei a fazer nada.

Referência 4 - 1.42% Cobertura

para controlar a cólera será difícil mesmo o governo não ira conseguir, porque antigamente os doentes de cólera não eram visitados por pessoas que viam da suas casas so ficava com a esposa ou mãe ate melhorar e chegar o momento em que terminava o tratamento e voltava para casa

Referência 5 - 1.90% Cobertura

O doente casado enquanto a esposa esta na menstruação, não podia lhe visitar, mas depôs de terminar tinha um período de espera para si manter em abstinencia so depôs da melhoria do doente. Mas actualmente apareci visita de pessoas que tiveram relacoes sexuais, ate leva refeicao para da o doente sabendo que a manteu relacoes sexuais, por consequência o doente não melhora.

Referência 6 - 0.64% Cobertura

evitando visita com pessoas doentes e outros estranhos, porque a presenca de um outro doente facilita a transmissao da doença.

Referência 7 - 1.69% Cobertura

existem pessoas que quando estam doentes tem relacoes sexuais são visitados cm pessoas estranhas e não é possível manter relacoes sexuais e não transmitir, da mesma maneira que quando morre no dia do de enterro todos que participaram não devem manter relações sexuais no mesmo dia e existem ignorantes mas é perigoso para a saúde.

Referência 8 - 2.01% Cobertura

Antigamente depois do enterro de um individuo passvam três dias sem se manter relações sexuais e dai havia uma cerimonia dos defuntos que cada um sabia quando é que podia continuar com a sua vida sexual normal, mas os jovens de hoje não conseguem si abster mesmo sabendo que estejam numa situação de falecimento (os jovens da actualidade tem coragem de abandonar um cadáver so para ir namorar),

Referência 9 - 0.55% Cobertura

Quando si fazia um enterro chamava se um curandeiro que preparava um medicamento para todos lavarem as mãos.

Referência 10 - 0.95% Cobertura

será que a religião ou cultura ou a politica influencia para ocorrência da cólera?

H5: não! tudo hoje em dia esta modificado, e actualmente ignora se referindo que era na época passada.

Referência 11 - 1.34% Cobertura

antigaamente os chefes eram respeitados e tudo que falava ninguém reccuzava, por exemplo oje em dia o regulo marrere chamar as pessoas para uma reunao não viram mas sim viram as pessoas idosas, é por isso algumas coisas pioram devido ao comportamento de cada um.

Referência 12 - 1.30% Cobertura

Antigamente procuravam um medicamento para protejer uma determinada área, havia cermonais rituais para procteo e promocao da paz e prevenao das guerra. Exemplo si convocarmos uma reunao para cermonia de rituais de protecao de uma area haverá aderencia?

Referência 13 - 1.72% Cobertura

Exemplo agora estamos a falar de cólera. Si fosse malária iríamos encontrar outro problema de pulverização em que aqueles técnicos quando chegam numa área uma família aceita mas o vizinho não aceita, assim naquela casa que não foi pulverizada haverá maior multiplicação de mosquitos que passado algum tempo volta para casa pulverizada.

Referência 14 - 0.52% Cobertura

Somente este comportamento das pessoas de viverem da maneira que elas querem está piorando esta doença.

Referência 15 - 0.95% Cobertura

Não existem na verdade pessoas que acatam as vezes as mensagens de educação para a saúde, nos encontros com os lideres comunitários, porque alegam estão a procura de condições de vida.

Referência 16 - 6.27% Cobertura

desse modo aqueles poucos que ouvem, acatam ou obedecem lhes tornará difícil de continuar pois, alias somos quatro aqui no encontro de sensibilização quantos vamos informar? Aqueles que vamos sensibilizar como vão seguir? Se eu chegar em casa vou informar minha esposa, meus filhos, meus vizinhos como é que estes vão seguir com as medidas que eu lhes ensinei? Os que ouvem a maneira de ensinar já muda, enquanto não colaborarmos há de ser difícil de prevenir. Esta caso de cólera existem alguns distritos de Nampula que é conhecido somente sabem sobre as dores abdominais, mas existem distritos em que cada ano há epidemias esses distritos tem as mesmas características da cidade de Nampula principalmente nas vilas, A vila de Mecuburi por exemplo as casas estão distantes, as pessoas respeitam as ideias e ordens do régulo, rei, chefe, se formos em Murrupula o régulo Cavarro por exemplo se dar ordens a população obedece visto dizem é ordem do régulo. Agora aqui onde sou eu o chefe, que é régulo Marrere, o régulo Inthotha, não há respeito desobedecem as ordens do Chefe. Existem na Verdade distritos não se regista casos de cólera, no caso dos distritos onde tem havido cólera o modo de vida daqueles populares é diversificado.

Referência 17 - 2.82% Cobertura

será que a religião ou cultura ou a politica influencia para ocorrência da cólera?

H2: Bom a religião, não tem nenhuma influência. Eu sou cristão na verdade Deus não quer que o seu filho morra desde que JESUS veio morrer na cruz por causa dos nossos pecados Deus cancelou a morte. Somente se matamos entre nós. Isto não é de Deus somente é daqui na terra, até os cristãos referem que devemos guardar os Mandamentos e ao guardar os

mandamentos estará obedecendo ao rei, ao Chefe. Porque na bíblia esta escrito que Obedeça os que estão na fase da terra.

Referência 18 - 4.51% Cobertura

isso é devido a ma percepcao por algumas pessoas, quando uma comutiva do governo sai para a comunidade contancta se primeiro com os secretários, junto com os secretários vão as fontes de agua one colocam a certeza com o objectivo de tratar a agua e garantir uma agua de boa qualidade para prevenir doenças diarreia, porem os indivíduos que percebem mal e que tiveram episodius de dor abominal nos dias anteriores ficam preocupados e procuram si informar. Si fossse que como papa ali referiu anteriormente da vacina os régulos eram avidados para sensibilizar a populacao que próximo mês haverá campanha de vaccinacao para prevencao da sífilis, os que tinham duvidas iam falar com os régulos sobre a vacina e apu iam vaccinacao com conhecimento, mais actualmente os técnicos de saúde chamam urgentimente dizem que são palestras, vacina, isto purtuba a populacao acabando por não aderir.

Referência 19 - 1.01% Cobertura

é verdade essas sensibilizacoes são muito urgente e como as pessoas percebem mal em vez de perceber que estão a distribuir cloro pensam que é cólera e consequentemente andam atrás dos secretários.

Referência 20 - 1.98% Cobertura

O meu acréscimo é quando o gaverno tiver um projecto não pode correr implemanter mesmo com boa intencao de falvar a comunidade sempre deve antecipar “*para adiquir um gafanhoto é preciso ter cuidado*” por isso é imperioso ter cuidado para as comunidade, por exmplo quando si prepara para os ritos de iniciacao há muita influencia porque a comunidade sabe muito bem o que é ritos de iniciacao.

Referência 21 - 2.50% Cobertura

Quando si introduz cloro na agua pareci cólera isso cria confusão na populcao deve si usar outro termo. Em Moma um hospital inteiro foi vandalizado, porque alguns activistas da saúde estavam a tratar agua com cloro, si fosse que esses activistas foram no regulo *Intira* informar que queremos tratar a agua com um medicamento que não seja cloro mas com um outro nome exemplo certeza e que inciou a que na cidade beber agua tratada com certeza foi o próprio presidente do conselho municipal.

Grupos suceptiveis

<Internas\\Discussao de grupo focal mulheres de 45> - § 2 referências codificadas [2.13% Cobertura]

Referência 1 - 1.17% Cobertura

basta iniciar com diarreia a doença si alastra através das pessoas que ajudam o doente

Referência 2 - 0.95% Cobertura

basta ter alguém com vómitos e diarreia toda família estará abrangida.

<Internas\\Disscusao grupo focal mulhers 24 35> - § 5 referências codificadas [7.38% Cobertura]

Referência 1 - 1.62% Cobertura

somos muitos ficamos sem saber qual é o grupo especifico e já si misturamos com muitas pessoas.

Referência 2 - 2.96% Cobertura

a doença afecta pessoas que não tem higiene individual, colectiva como por exemplo: lavar as mais antes de comer e usar a latrina, pessoas que não lavam alimentos, verduras.

Referência 3 - 0.68% Cobertura

eu não sei si existe um grupo específico

Referência 4 - 1.16% Cobertura

A doença ocorre num determinado período, zona, um grupo específico,

Referência 5 - 0.96% Cobertura

e a cólera é comum em pobres e pouco frequente em ricos.

<Internas\\Entrevista de um adulto de 33 anos> - § 2 referências codificadas [8.40% Cobertura]

Referência 1 - 2.17% Cobertura

Sim são aquelas que não fazem uma boa higiene.

Referência 2 - 6.23% Cobertura

Sim! Por exemplo pessoas que não tem uma boa higiene, usar o mesmo balde para casa de banho, lavanderia, água de beber e da cozinha.

<Internas\\Entrevista de um adulto dos seus 28 anos de idade> - § 1 referência codificada [12.87% Cobertura]

Referência 1 - 12.87% Cobertura

Sabe Quais são as pessoas tem maior probabilidade a cólera? Ex: pessoas que não dormem dentro da rede mosquiteira tem maior facilidade em ser picada com mosquito e padecer de Malária.

Entrevistado: Sim são aquelas que não fazem uma boa higiene.

<Internas\\Entrevista de uma mãe de 45 anos> - § 1 referência codificada [3.98% Cobertura]

Referência 1 - 3.98% Cobertura

Sabe Quais são as pessoas susceptível a cólera?

Entrevistada: Não sei! Mentir é muito perigoso. Nunca se diz algo que não se ouviu de outras fontes!

<Internas\\Entrevista homem 59 anos> - § 2 referências codificadas [31.75% Cobertura]

Referência 1 - 4.34% Cobertura

crianças dos zero ate aos mesmo dez bem como crianças ou meninos dos dez até aos quinze anos, são pessoas que muitas das vezes a cólera tem verificado isso tudo porque deriva como eu no principio disse por falta de responsabilidade da saúde,

Referência 2 - 27.41% Cobertura

mal entender é de a lavar as mãos, lavar a roupa deriva isso com que origine a cólera, porque mãos sujas, comidas mal preparadas, mesmo com tendências de alteração dessa comida podridão no uso dessas comidas aparece a doença de cólera e quem sempre utiliza comidas estragadas ou mal preparadas ou mãos não lavadas é mais na idade infantil. Porque na idade ate dez anos até mesmo quinze anos quando digo são mais acelerados, mais ate quinze anos são ainda irresponsáveis em termos de utilização de comida utilização de casas de banho lavagem de roupa em suma a higiene, porque sem higiene deriva logo a cólera que aparece. Muitas das vezes tem sido por parte dos adultos. Porque os adultos pouco sabem em especial pessoas que pouco tem com o estudo ou alfabeto. São naturalmente pessoas que tudo usam sem consulta, não sabe o que é o perigo de uma comida estragada, não sabe o que é o perigo de uma sujidade de lixo que existir, não sabe das águas estagnadas muitas das vezes é banho na lagoa e também adulto pode ser derivado a doença da cólera, mas não muito aguda quer ser não muito fácil apanhar a doença de cólera, se não quando

chega o ponto que consome qualquer comida ou comida do tempo passado ou que ficou muito tempo nos armazém principalmente nas fabricas de alimentação as vezes pode se comprar um comida que está estragada, mesmo na loja com indiano ficar a consumir a usar e causar as doenças diarreicas pode derivar a cólera isso no adulto, mas em especial essa idade que eu apontei é com mais frequência

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 1 referência codificada [1.70% Cobertura]

Referência 1 - 1.70% Cobertura

Por isso no caso registado de cólera deve haver muito cuidado e precaução. Afastando as crianças no local de eclosão desta doença,

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 1 referência codificada [2.78% Cobertura]

Referência 1 - 2.78% Cobertura

o problema na verdade é que quando de lado estão as fezes, noutro lado esta um prato aparentemente limpo que é usado para as refeições e a criança está comendo alguma coisa. Nesse caso como é que há-de ser? A Criança acompanha coco com mandioca seca. Aqui charo quando se quer usar aquele é somente levar para pôr água.

<Internas\\transcrcao focal idosos> - § 2 referências codificadas [1.88% Cobertura]

Referência 1 - 0.45% Cobertura

peçoas que deitam comida do dia anterior na estrada geralmente é apanhado pelas crianças

Referência 2 - 1.43% Cobertura

para controlar a cólera será difícil mesmo o governo não ira conseguir, porque antigamente os doentes de cólera não eram visitados por peçoas que viam da suas casas so ficava com a esposa ou mãe ate melhorar e chegar o menemento em que terminava o tratamento e voltava para casa.

Informação

<Internas\\Discussao de grupo focal mulheres de 45> - § 7 referências codificadas [12.15% Cobertura]

Referência 1 - 2.29% Cobertura

Mod: Será que existe algo que agente fazendo pode nos dar cólera?

M1: Não sabemos, si nos informassem estaríamos a evitar essa doença não estaria a aumentar ou ocorrer

Referência 2 - 3.20% Cobertura

Os nossos antepassados nos ensinavam e nos seguimos o que éramos ensinados por exemplo sabíamos que temos que ir vacinar para prevenir algumas doenças e o governo chamava a todos nos para sermos vacinados e finalmente acabava a doença.

Referência 3 - 0.82% Cobertura

quando perguntamos de onde vem a doença ninguém nos explica.

Referência 4 - 0.91% Cobertura

Na verdade nos estamos confusas não sabemos nada sobre essa doença.

Referência 5 - 2.49% Cobertura

Não é partido religião que provoca a doença, o que esses grupo fala diz que temos que tirar lixo, lavar bem a loiça beber agua tratada, evitar que a loiça não seja pousada por moscas.

Referência 6 - 0.74% Cobertura

Nos estamos preocupados com a doença não sabemos nada.

Referência 7 - 1.70% Cobertura

Agradecemos pela vossa presença aqui mas estamos preocupados estamos com esta doença porque temos ouvido que ira piorar mais.

<Internas\\Disscusao grupo focal mulhers 24 35> - § 16 referências codificadas [27.03% Cobertura]

Referência 1 - 1.04% Cobertura

Sim já ouvi falar de cólera mas antigamente não existia isso

Referência 2 - 1.44% Cobertura

eu tive cólera no ano 2011 e quando afectou me minha filha também sofreu de seguida,

Referência 3 - 2.02% Cobertura

Depôs de ser tratada falara me no hospital que é causada por microrganismo e disseram que tenho que prevenir a doença.

Referência 4 - 1.54% Cobertura

existem algumas pessoas que dizem que é o governo que transmite a doença porque não acaba

Referência 5 - 2.80% Cobertura

eu acho que não é o governo que transmite a doença porque si fosse não estariam a construir hospital, formar profissionais de saúde, o governo faz muito para o povo

Referência 6 - 1.30% Cobertura

eu não sei o que responder há pessoas que dizem é o governo outras negam.

Referência 7 - 2.12% Cobertura

acusa se o governo porque não falam nada a cerca da doença e sendo assim acreditamos que são eles que transmitem a doença.

Referência 8 - 1.73% Cobertura

Si corresse uma doença nos explicavam como tratar e como prevenir, as vacinas tudo a cerca da doença.

Referência 9 - 1.06% Cobertura

e sempre nos questionas a cerca dessa doença que não tem cura?

Referência 10 - 2.48% Cobertura

não é o governo que transmite a doença peço a vossa compressão, algumas pessoas incidem com essa ideia de que é o governo que esta a transmitir,

Referência 11 - 1.16% Cobertura

nos não sabemos a relação com a igreja e politica mas o governo sabe

Referência 12 - 0.65% Cobertura

não é partido nem religião ou cultura.

Referência 13 - 2.29% Cobertura

somos ensinados a fazer limpeza individual, colectiva, lavar loiça, varrendo os pátios, enterrar o lixo, lavar as maus antes de comer.

Referência 14 - 0.99% Cobertura

eu fui bem explicado sobre a cólera quando estava doente,

Referência 15 - 1.86% Cobertura

quando eu estava no hospital não falaram sobre isso referiam que eram um bicho soque estou a esquecer o nome.

Referência 16 - 2.55% Cobertura

depôs de contrair a doença disseminava para as pessoas que ajudam também tem tido a doença devido a falta de conhecimento como se transmite a doença.

<Internas\\Entrevista de um adulto de 33 anos> - § 2 referências codificadas [7.41% Cobertura]

Referência 1 - 4.06% Cobertura

Sim já ouvi na escola, na Rádio, na Televisão, nos jornais da Cólera que é uma doença.

Referência 2 - 3.35% Cobertura

Dizem que é uma doença transmitida por um bicho de nome vibria coleria.

<Internas\\Entrevista de um adulto dos seus 28 anos de idade> - § 2 referências codificadas [6.83% Cobertura]

Referência 1 - 3.63% Cobertura

Sim já ouvi da Cólera na escola, na Rádio, na Televisão, nos jornais.

Referência 2 - 3.21% Cobertura

Como definem a cólera?

Entrevistado: Dizem que é uma doença.

<Internas\\Entrevista de uma mãe de 45 anos> - § 2 referências codificadas [7.28% Cobertura]

Referência 1 - 3.30% Cobertura

Sim, já ouvi falar de cólera, eu tinha uma cunhada, porem ela já faleceu. No entanto nós aqui em casa nunca tivemos a doença.

Referência 2 - 3.98% Cobertura

Sabe Quais são as pessoas susceptível a cólera?

Entrevistada: Não sei! Mentir é muito perigoso. Nunca se diz algo que não se ouviu de outras fontes!

<Internas\\Entrevista homem 59 anos> - § 1 referência codificada [3.75% Cobertura]

Referência 1 - 3.75% Cobertura

Sim já ouvi falar da Cólera de facto comecei a ouvir isso a muitos anos atrás, porque posso dizer que a cólera é uma doença descontrolada que anda por aí no mundo fora em particular na nossa cidade de Nampula

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 10 referências codificadas [22.51% Cobertura]

Referência 1 - 4.31% Cobertura

Na verdade a doença de cólera está connosco, é uma doença que está relacionada com a falta de higiene nossa, como não de as lavar mãos antes de comer ou falta de latrinas as moscas quando são mal controladas e quando pousam na nossa comida, principalmente água estagnadas, tudo isso provocando a cólera, atingindo de zona em zona.

Referência 2 - 2.64% Cobertura

porem nós sabemos de verdade de onde vem esta doença de cólera somente esses académicos é que podem nos explicar donde e como podemos acabar com isto e nós o povo não somos capaz de acabar com esse mal.

Referência 3 - 0.34% Cobertura

A minha esposa teve cólera

Referência 4 - 1.08% Cobertura

Portanto se você quer saber mais acerca da cólera chega Namiepe vão bem detalhar.

Referência 5 - 2.74% Cobertura

Eu não vou dizer que vi, mas sim ajudei um Tio meu que fazia diarreia e vômitos em trinta minutos não conseguia ficar de pé sozinha e as suas diarreias eram tão aguosas até o ponto de perder todo soro corporal,

Referência 6 - 1.11% Cobertura

Esta quase chegar no seu período de eclosão, visto que inicia no período de mangas.

Referência 7 - 1.57% Cobertura

Cólera aqui na cidade é um doença sazonal em que nós a população não sabemos a sua origem e havemos de acusar o governo

Referência 8 - 1.57% Cobertura

Nós somos informados com a saúde sobre os bons hábitos de higiene, temos feito, mesmo que não consigamos porem tentamos.

Referência 9 - 4.61% Cobertura

Isto parte nesta perspectiva anterior, ficamos sem saber como é possível num país como este que se delimita de norte ao sul como é que a doença abrange só no norte e sul não? Será que é Moçambique é um corpo humano que da cintura para baixo não abrange somente da cintura para cima? Se as pernas é que pisam o chão porque não adoecem as pernas também?

Referência 10 - 2.53% Cobertura

Mas de uma forma geral a população esta preocupado em saber como conseguir e como eliminar esta doença uma vez que abrange no tempo chuvoso, no tempo de mangas, havemos de eliminar esta doença.

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 5 referências codificadas [12.93% Cobertura]

Referência 1 - 2.62% Cobertura

Neste tempo de Novembro a Fevereiro deve se lavar a mão primeiro e depois lavar a loiça para começar servir a refeição e tirar cinco litros ou mais de água para ferver e colocar na

geleira com o objectivo de beber nunca deixar de era só para hoje e amanhã não vou ferver porque há-de provocar cólera.

Referência 2 - 2.61% Cobertura

Se for usar a latrina depois de usar lavar as mãos com sabão ou cinza se não houver sabão. No momento das refeições deve se as mãos nunca dizer uma vez que lavei as mãos na casa de banho não posso lava-las, após as refeições deve se lavar também as mãos porque praticamente estará chamar a cólera.

Referência 3 - 0.65% Cobertura

Onde é que ouviram falar da cólera?

Todas: Costumamos ouvir no mercado

Referência 4 - 1.15% Cobertura

Quem costuma falar da cólera é secretário, enfermeiro ou chefe do mercado?

Todas: na rádio, televisão, nos jornais e no Hospital.

Referência 5 - 5.91% Cobertura

é assim, numa casa nem todos filhos acatam ou respeitam as ordens dos pais, mas o bom é que a maioria não aceita com a ideia. Visto que cada um tem a sua maneira de ser, entender, muitas pessoas tem poucas pessoas não tem isso precisa de um trabalho rigoroso. Não é o problema da Saúde não costuma transmitir, é a nossa maneira de ser, população é população! Acerca do que meu irmão perguntou há uns da renamo aproveitam aí para manchar outro partido, por exemplo eles é que estão a mandar as pessoas para distribuir a cólera, porem não é isso, então aqui há problema visto que muitos partidos aproveitam aí, mas tenta se explicar a verdadeira origem apesar de não aceitarem.

<Internas\\transcrao focal idosos> - § 8 referências codificadas [9.40% Cobertura]

Referência 1 - 0.39% Cobertura

sim eu já ouvi falar da cólera porque é uma doença que ocorre no nosso meio.

Referência 2 - 2.57% Cobertura

Na verdade nos estamos preocupados com essa doença na família. Antigamente existia no principio de cada ano vacina nas escolas feita com pessoas preparadas para tal mas actualmente não existe, é por isso quando a doença eclode uma determinada aera ou exemplo no bairro piloto ou si começa em uma família progride para outra dai é frequente ouvir que na expansão já começou napipine já começou! E populcao está preocupada e ela é extensiva de bairro para bairro, isoto é sazonal e Janeiro é muito frequente

Referência 3 - 0.44% Cobertura

Todos que vinham do campo já tinham nocaio de na cidade si usa latrinas mas agora não.

Referência 4 - 0.89% Cobertura

Antiga mente a doença exixtia havia um medicamento tradicional onde todos da família eram ensinados que deviam ter higiene, eram ensinados a não comer comida do dia anterior.

Referência 5 - 0.33% Cobertura

Sempre somos ensinados a praticar higiene individual e colectiva.

Referência 6 - 1.42% Cobertura

O meu tio ensinou que comida do dia anterio não si deita fora ou qualquer maneira e não si deixa na rua para não ser visto com otras pessoas isto mostra comportamento de inculturado, porem ao sairmos para ai nas ruas havemos de encontrar muitos restos de comida do dia anterior.

Referência 7 - 2.83% Cobertura

Na verdade o erro ouve no principio é por isso que dizem o governo sabe porque as pessoas que moriam de cólera não eram permitidos que os familiares vecem o morto, não faziam a seleccao de dois familiares usando mascaras e botas, luvas para ir observar o óbito depos esclarecer que os cadaveis de cólera não são palpáveis de qualquer maneira. Actualmete o pessaol da saúde tira os familiares da vitima sem esclarecer os porquês, nos sabemos que um cadáver de cólera tem tido olhos encovados bariga escavada e essa falta de esclarecimento acuzam o governo.

Referência 8 - 0.52% Cobertura

Quando si introduz cloro na agua pareci cólera isso cria confusão na populcao deve si usar outro termo

Prevencao

<Internas\\Discussao de grupo focal mulheres de 45> - § 5 referências codificadas [5.04% Cobertura]

Referência 1 - 2.49% Cobertura

Não é partido religião que provoca a doença, o que esses grupo fala diz que temos que tirar lixo, lavar bem a loiça beber agua tratada, evitar que a loiça não seja pousada por moscas.

Referência 2 - 0.54% Cobertura

O Governo é que sabe como vamos prevenir

Referência 3 - 0.52% Cobertura

ser difícil si fosse deus iria acabar

Referência 4 - 0.83% Cobertura

mesmo que si faça campanhas de mobilização não vão conseguir.

Referência 5 - 0.65% Cobertura

Ya é verdade não é possível acabar com a doença.

<Internas\\Discussao grupo focal mulhers 24 35> - § 6 referências codificadas [9.52% Cobertura]

Referência 1 - 2.21% Cobertura

é uma doença que acontece de repente sem causa especifica e nos não sabemos onde esta a origem desta doença e nem como prevenir.

Referência 2 - 0.74% Cobertura

e disseram que tenho que prevenir a doença.

Referência 3 - 2.29% Cobertura

somos ensinados a fazer limpeza individual, colectiva, lavar loiça, varrendo os pátios, enterrar o lixo, lavar as maus antes de comer.

Referência 4 - 1.01% Cobertura

dicessaram que tenho que por coisas distantes da latrina.

Referência 5 - 1.69% Cobertura

Que vive em locais sujos transportado por moscas dai que não posso deixar coisas perto da latrina.

Referência 6 - 1.59% Cobertura

Depôs mi ensinaram medidas preventivas, depôs comecei a implementar não tive mais a doença.

<Internas\\Entrevista de um adulto de 33 anos> - § 1 referência codificada [7.55% Cobertura]

Referência 1 - 7.55% Cobertura

Sim! Devemos evitar usando água suja, tapar e deixar nos recipientes limpos, deitar o lixo na cova, nos contentores de lixo, lavar os alimentos consumidos crus.

<Internas\\Entrevista de um adulto dos seus 28 anos de idade> - § 1 referência codificada [4.89% Cobertura]

Referência 1 - 4.89% Cobertura

Sabe Quais são as medidas individuais e colectivas de prevenção da cólera? Entrevistado: Não.

<Internas\\Entrevista de uma mãe de 45 anos> - § 1 referência codificada [3.01% Cobertura]

Referência 1 - 3.01% Cobertura

Governo não consegue, seria ele que podia mas não está a conseguir, e nós que somos quaisquer como vamos prevenir?

<Internas\\Entrevista homem 59 anos> - § 1 referência codificada [7.30% Cobertura]

Referência 1 - 7.30% Cobertura

Primeiro com a higiene restrita da casa onde essa pessoa morra, conseguindo sempre varrer dentro como varrer fora, limpar o lixo, cavar o chão e enterrar o lixo, mesmo comidas estragada ou que estão a caminho de podridão em vez de lançar de qualquer maneira ou pôr num lixo outro lixo carregar o tambor de Lixo é necessário que atinja ou siga as técnicas de cavar as covas enterrar aquele lixo da podridão

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 3 referências codificadas [6.87% Cobertura]

Referência 1 - 2.64% Cobertura

porem nós sabemos de verdade de onde vem esta doença de cólera somente esses académicos é que podem nos explicar donde e como podemos acabar com isto e nós o povo não somos capaz de acabar com esse mal.

Referência 2 - 1.70% Cobertura

Por isso no caso registado de cólera deve haver muito cuidado e precaução. Afastando as crianças no local de eclosão desta doença,

Referência 3 - 2.53% Cobertura

Mas de uma forma geral a população esta preocupado em saber como conseguir e como eliminar esta doença uma vez que abrange no tempo chuvoso, no tempo de mangas, havemos de eliminar esta doença.

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 7 referências codificadas [14.77% Cobertura]

Referência 1 - 2.19% Cobertura

Dizem que para prevenir cólera deve se limpando a casa, lavar bem a loiça, lavar as mãos com sabão ou cinza, verduras deve se lavar por duas ou três vezes antes cozinhar, mas se logo cozinhar ao tirar da machamba sem lavar havemos de apanhar a cólera.

Referência 2 - 1.11% Cobertura

Na verdade logo que o sol raiar de princípio tem se que varrer o pátio, tirar o lixo, assim como esse lixo que está ai não pode

Referência 3 - 0.71% Cobertura

Da mesma forma que tem se dido para prevenir malária, temos que limpar as nossas.

Referência 4 - 3.70% Cobertura

Para prevenir a cólera é através do tratamento da água de comida, limpeza individual, colectiva, enterrar o lixo, lavar as mãos depois de usar as latrinas e antes de comer, lavar bem as verduras antes cozinhar lavar bem as frutas antes de comer, se por acaso houver um doente de cólera, levar com cuidados se for aqui no bairro amarrar as nossas mãos com plásticos e depois manejar o doente dar banho e levar mos ao hospital

Referência 5 - 2.15% Cobertura

Temos que tapar a comida, lavar as mãos antes de comer e depois de usar a latrina. Enterrar o lixo e essa coisa de das mães que não cuidam bem das fezes das crianças, mesmo que não seja na nossa na casa o facto de ser aqui no Bairro deve acabar.

Referência 6 - 1.52% Cobertura

o problema na verdade é que quando de lado estão as fezes, noutra lado esta um prato aparentemente limpo que é usado para as refeições e a criança está comendo alguma coisa.

Referência 7 - 3.39% Cobertura

Este ano Deus já abençoou não há de haver cólera. Morremos mesmo por causa de cólera, pedimos para abençoar este ano.

M1: Eu acho que não vai acabar, porque quando nascemos quase apanhamos esta doença, então mesmo que o MISAU faça tudo não há de acabar, visto que é uma doença natural, veja so que é uma doença que tem seu tempo inicial e tempo final, por isso que agente não tem como.

<Internas\\transcricao focal idosos> - § 14 referências codificadas [15.48% Cobertura]

Referência 1 - 2.57% Cobertura

Na verdade nos estamos preocupados com essa doença na família. Antigamente existia no principio de cada ano vacina nas escolas feita com pessoas preparadas para tal mas actualmente não existe, é por isso quando a doença eclode uma determinada aera ou exemplo no bairro piloto ou si começa em uma família progride para outra dai é frequente ouvir que na expansão já começou napipine já começou! E populcao está preocupada e ela é extensiva de bairro para bairro, isoto é sazonal e Janeiro é muito frequente

Referência 2 - 0.89% Cobertura

Antiga mente a doença existia havia um medicamento tradicional onde todos da família eram ensinados que deviam ter higiene, eram ensinados a não comer comida do dia anterior.

Referência 3 - 1.10% Cobertura

Bichos quando entram no organismo através da comida começa a criar danos, porque as pessoas que sabem que a comida do dia anterior apodrece sempre aquecem! Depôs de ser aquecida é um meio de prevencao para a doença.

Referência 4 - 0.88% Cobertura

a maneira de prevencao o governo é que pode saber, traçando estratégias para prevenir o alestraamento da doença, uma vez que estamos perto da cidade todo esta nas maus deles.

Referência 5 - 0.69% Cobertura

Como atigamente vínhamos existiavam vacinas nas escolas e aglomerados populacionais onde todos eram vacinados para prevenir a doença.

Referência 6 - 1.33% Cobertura

para prevenir a doença vai custar, porque o modo de viver é diversificado uma vez que é causado por acumulo de lixo e cada um vivi na sua casa tem seu modo de vida, mesmo que faça limpeza na casa em quanto na casa do vizinho não si faz não estarei a fazer nada.

Referência 7 - 0.64% Cobertura

evitando visita com pessoas doentes e outros estranhos, porque a precenca de um outro doente facilita a tranmissoa da doença.

Referência 8 - 0.49% Cobertura

si todos termos a cultura de deitar o lixo no mesmo local e depois se queimar iríamos prevenir.

Referência 9 - 0.33% Cobertura

única maneira de prevenir é todos termos o mesmo comportamento.

Referência 10 - 0.48% Cobertura

Concluindo já que não é possível ter o mesmo comportamento será impossível prevenir a doença.

Referência 11 - 0.77% Cobertura

Como o papa esta referindo na verdade para prevenir esta doença será impossível, mesmo que o governo traga um número ilimitado de Carros ou medicamentos

Referência 12 - 0.28% Cobertura

enquanto não colaborarmos há de ser difícil de prevenir.

Referência 13 - 4.51% Cobertura

isso é devido a ma percepcao por algumas pessoas, quando uma comutiva do governo sai para a comunidade contancta se primeiro com os secretários, junto com os secretários vão as fontes de agua one colocam a certeza com o objectivo de tratar a agua e garantir uma agua de boa qualidade para prevenir doenças diarreia, porem os indivíduos que percebem mal e que tiveram episodius de dor abominal nos dias anteriores ficam preocupados e procuram si informar. Si fousse que como papa ali referiu anteriormente da vacina os régulos eram avidados para sensibilizar a populacao que próximo mês haverá campanha de vaccinacao para prevencao da sífilis, os que tinham duvidas iam falar com os régulos sobre a vacina e apu iam vaccinacao com conhecimento, mais actualmente os técnicos de saúde chamam urgentimente dizem que são palestras, vacina, isto purtuba a populacao acabando por não aderir.

Referência 14 - 0.52% Cobertura

Quando si introduz cloro na agua pareci cólera isso cria confusão na populcao deve si usar outro termo

Sinais e sintomas

<Internas\\Discussao de grupo focal mulheres de 45> - § 4 referências codificadas [3.88% Cobertura]

Referência 1 - 0.87% Cobertura

antigamente só existiam dores abdominais sem diarreias e vômitos

Referência 2 - 0.71% Cobertura

aparecimento desta doença que é de maneira repentina

Referência 3 - 0.75% Cobertura

A doença aparece de forma brusca e mata de forma brusca

Referência 4 - 1.55% Cobertura

quando a pessoa contrai a doença e os sintomas aparecem more imediatamente e nos não sabemos de onde vem ou origem

<Internas\\Discussao grupo focal mulhers 24 35> - § 5 referências codificadas [8.14% Cobertura]

Referência 1 - 1.76% Cobertura

Antigamente havia dores abdominais e não diarreia em que si tratava com folhas tradicionais e passava,

Referência 2 - 2.21% Cobertura

é uma doença que acontece de repente sem causa especifica e nos não sabemos onde esta a origem desta doença e nem como prevenir.

Referência 3 - 0.63% Cobertura

temos um quadro de diarreia, vômitos.

Referência 4 - 2.00% Cobertura

algumas bebidas como vinho capanga misturado com algumas folhas tradicionais juntado podem provocar doires abdominais

Referência 5 - 1.54% Cobertura

Caracterizado por diarreia e vômitos basta entrar numa família todos tem mesmo sintomas.

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 3 referências codificadas [4.70% Cobertura]

Referência 1 - 1.12% Cobertura

logo que nós compramos e comemos tendo algum tempo inicio da manifestação da diarreia

Referência 2 - 0.84% Cobertura

A minha esposa teve cólera, fazia vômitos, diarreias repetidas,

Referência 3 - 2.74% Cobertura

Eu não vou dizer que vi, mas sim ajudei um Tio meu que fazia diarreia e vômitos em trinta minutos não conseguia ficar de pé sozinha e as suas diarreias eram tão aguosas até o ponto de perder todo soro corporal,

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 3 referências codificadas [5.07% Cobertura]

Referência 1 - 1.82% Cobertura

Cólera é uma doença que afecta as pessoas e se caracteriza por fazer diarreia constante de cinco em cinco minutos com vômitos e fraqueza generalizada nem para se movimentar nem para fazer algo ficando difícil.

Referência 2 - 2.91% Cobertura

Sim, é assim a pessoa com cólera enquanto faz diarreia acompanha se de vômitos, e ela é idêntica a água de arroz basta ter essa característica deve se dar cortar água de lanho, ou fazer papinha de arroz, muitos líquidos mandar imediatamente ao hospital, quando faz trinta minutos esta pessoa corre o risco de morrer, até mesmo morre.

Referência 3 - 0.33% Cobertura

As fezes da cólera são muito cheirosas

<Internas\\transcricao focal idosos> - § 4 referências codificadas [2.60% Cobertura]

Referência 1 - 0.62% Cobertura

a doença de cólera é caracterizado por diarreia e vômitos com um mal-estar geral, é uma doença que começou a muito tempo.

Referência 2 - 0.64% Cobertura

antigamente havia a doença de cólera, era causada por comer coisas podres, depois de ter os sintomas diarreia e vomito passava.

Referência 3 - 0.76% Cobertura

estes todos factores vao provocar dores abdominais e finalmente cólera – chegando na fase de ter diarreia e depois evolui para dores abdominais intensas

Referência 4 - 0.57% Cobertura

Principalmente que si comia comida podre aquilo provocava dores abdominais progredindo para diarreia e vômitos.

Transmissao

<Internas\\Discussao de grupo focal mulheres de 45> - § 5 referências codificadas [8.84% Cobertura]

Referência 1 - 1.01% Cobertura

Sabem qual é o modo de transmissão?

M1: Nós também estamos confusos porque

Referência 2 - 1.91% Cobertura

As pessoas actualmente melhoram muito na higiene comparando com o tempo anterior em que a roupa era suja com, mau cheiro mas ninguém adoecia

Referência 3 - 3.80% Cobertura

Algumas vezes quando si prepara álcool tradicional (quilile) misturam com algumas folhas que são nocivas ao organismo provocando dores abdominais, uma mistura de cerveja de capanga e quilile piora a situação e basta ingerir já começa com os sintomas e alastra para outras pessoas

Referência 4 - 1.17% Cobertura

basta iniciar com diarreia a doença si alastra através das pessoas que ajudam o doente

Referência 5 - 0.95% Cobertura

basta ter alguém com vômitos e diarreia toda família estará abrangida.

<Internas\\Discussao grupo focal mulhers 24 35> - § 9 referências codificadas [15.73% Cobertura]

Referência 1 - 0.92% Cobertura

é uma doença que aprece um período especial e sazonal.

Referência 2 - 1.32% Cobertura

a doença é transmitida através de um microrganismos mas não mi lembro do nome

Referência 3 - 0.91% Cobertura

e quando apareci numa família toda família é atacada.

Referência 4 - 1.54% Cobertura

existem algumas pessoas que dizem que é o governo que transmite a doença porque não acaba

Referência 5 - 1.20% Cobertura

a doença é transmitida pelo governo porque aparece de forma repentina.

Referência 6 - 2.12% Cobertura

acusa se o governo porque não falam nada a cerca da doença e sendo assim acreditamos que são eles que transmitem a doença.

Referência 7 - 2.48% Cobertura

não é o governo que transmite a doença peço a vossa compressão, algumas pessoas incistem com essa ideia de que é o governo que esta a transmitir,

Referência 8 - 2.70% Cobertura

dpos de ter a doença transiste ao outros soda comunidade bairro e quando vamos ao hospital dizem que é cólera acusamos o governo em quanto é o que consumimos

Referência 9 - 2.55% Cobertura

depôs de contrair a doença disseminava para as pessoas que ajudam também tem tido a doença devido a falta de conhecimento como se transmite a doença.

<Internas\\Entrevista de um adulto de 33 anos> - § 3 referências codificadas [10.10% Cobertura]

Referência 1 - 3.35% Cobertura

Dizem que é uma doença transmitida por um bicho de nome vibria coleria.

Referência 2 - 2.97% Cobertura

Ele provoca a doença por via de água, alimentos, e outros bens.

Referência 3 - 3.78% Cobertura

Sim! Beber água suja, não lavar mão antes de comer, depois usar a casa de banho.

<Internas\\Entrevista de um adulto dos seus 28 anos de idade> - § 1 referência codificada [7.62% Cobertura]

Referência 1 - 7.62% Cobertura

Sabe Quais são as vias de transmissão da cólera?

Entrevistado: Sim! Beber água suja, não lavar mão antes de comer, depois usar a casa de banho.

<Internas\\Entrevista de uma mãe de 45 anos> - § 1 referência codificada [1.93% Cobertura]

Referência 1 - 1.93% Cobertura

Sabe Quais são as vias de transmissão da cólera?

Entrevistada: Não sei!

<Internas\\Entrevista homem 59 anos> - § 1 referência codificada [3.62% Cobertura]

Referência 1 - 3.62% Cobertura

moscas que saem na utilização de varias latrinas pode ele morrer ali e ter o vírus daquela mosca, consumiu entã causa a possibilidade de ter a diarreia logo consequentemente vai lhe alastrar em cólera.

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 1 referência codificada [3.50% Cobertura]

Referência 1 - 3.50% Cobertura

Ela ficou uma semana com pele e todo corpo seco e graças a Deus teve parto normal a criança está viva, até meus vizinhos tinham me acusado porque logo que saímos do hospital

um deles começou e tendo alastrado para toda área tendo afectado 14 pessoas na área de Namiepe

<Internas\\transcrcao focal idosos> - § 5 referências codificadas [4.99% Cobertura]

Referência 1 - 0.98% Cobertura

actualmete nas nossas residências existem pessoas com má fe em que de noite começam a distribuir uma farinha e ao amañacehecer a sua família começa com sintomas, mas antigamente não existia.

Referência 2 - 2.09% Cobertura

antigamente os nossos atipassados preparavam algumas folhas onde chamavam algumas pessoas (uma tribo tomavam os medicamentos), mais quando começava com os cintomas izolavsm o doente, mais actualmente não defendem os doentes, quando começa a doença as pessoas vam ter com a pessoa doente, enquanto que antigamente ezolavam. Onde há cólera as pessoas deslocam si para la mesmo sabendo que a doeca é contagiosa.

Referência 3 - 0.48% Cobertura

Basta si registar um caso em qualquer bairro como Piloto ou Napipine alastra – se rapidamente

Referência 4 - 0.64% Cobertura

evitando visita com pessoas doentes e outros estranhos, porque a precenca de um outro doente facilita a tranmissoa da doença.

Referência 5 - 0.81% Cobertura

exixtem peossas que quando esrtam doentes tem relacoes sexuais são vivitados em pessoas estranahas e não é possível manter relaxoes sexuais e não trasmitir,

Tratamento

<Internas\\Discussao de grupo focal mulheres de 45> - § 2 referências codificadas [4.54% Cobertura]

Referência 1 - 1.32% Cobertura

Eu não sei nos não temos higiene, não tratamos agua, lixo no quintal, e não sabemos nada mesmo.

Referência 2 - 3.22% Cobertura

Quando minha filha teve cólera tinha trocado de roupa dela, ferver para agua bebeu, de seguida levei para o hospital, passado algum tempo irmão dela também teve levamos ao hospital e foi transferida para centro de tratamento de cólera.

<Internas\\Disscusao grupo focal mulhers 24 35> - § 4 referências codificadas [8.68% Cobertura]

Referência 1 - 3.57% Cobertura

Antigamente havia dores abdominais e não diarreia em que si tratava com folhas tradicionais e passava, hoje em dia isso já não acontece. É um problema muito serio, havia sífilis que si tratava e passava depôs.

Referência 2 - 1.76% Cobertura

Antigamente a doença era simples de ser tratada, mas agora é difícil mesmo com medicamentos não passa.

Referência 3 - 1.26% Cobertura

si faz vários tratamentos mais a doença não acaba isso nos deixa confusas.

Referência 4 - 2.09% Cobertura

Quando eu estava doente davam me agua de arroz e lanho e depôs levaram para o hospital, injectaram soro eu e minha filha.

<Internas\\Entrevista de um adulto de 33 anos> - § 1 referência codificada [6.84% Cobertura]

Referência 1 - 6.84% Cobertura

Água limpa, água de arroz, água de lanho são uma das coisas que devem ser feitas uma pessoa com diarreia e vômitos em casa a caminho do Hospital!

<Internas\\Entrevista de um adulto dos seus 28 anos de idade> - § 1 referência codificada [11.25% Cobertura]

Referência 1 - 11.25% Cobertura

Sabe o Que se faz quando alguém tem cólera?

Em casa.

Entrevistado: Agua limpa, água de arroz, água de lanho são uma das coisas que devem ser feitas uma pessoa com diarreia e vômitos em casa a caminho do Hospital!

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 2 referências codificadas [4.65% Cobertura]

Referência 1 - 2.12% Cobertura

sai para o centro de saúde 25 de Setembro, fazem teste depois é transferido para o Hospital Geral de Marrere é tratado com aqueles Doctores finalmente melhorando,

Referência 2 - 2.53% Cobertura

Como é que podemos tratar alguém que está com esta doença. Apesar de falarem uma delas como o isolamento, prestar apoio para os doentes.

H6: Dar água, outros líquidos, lanhos, papinha de arroz.

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 4 referências codificadas [6.60% Cobertura]

Referência 1 - 0.65% Cobertura

Eu estava dizendo que nesse caso deve se mandar ao hospital imediatamente.

Referência 2 - 1.30% Cobertura

de arroz basta ter essa característica deve se dar cortar água de lanho, ou fazer papinha de arroz, muitos líquidos mandar imediatamente ao hospital

Referência 3 - 1.10% Cobertura

Então na verdade em casa deve se preparar água de arroz, lanho ou coco, mas enquanto se dando deve se preparar ir ao hospital

Referência 4 - 3.56% Cobertura

Na verdade uma pessoa com cólera seca rapidamente, essas veias seca bem mesmo. Esta lhe levei quando chegamos no hospital, fiquei com medo quando me perguntaram senhora como é que eu tive essa coragem, somente agradei quando passaram três dias, mas o utras pessoas não queriam aproximar porque tinha medo contaminar, já vi duas vezes pessoas a afastarem se do indivíduos que tem a cólera a serem deixados.

<Internas\\transcrao focal idosos> - § 5 referências codificadas [6.19% Cobertura]

Referência 1 - 2.09% Cobertura

antigamente os nossos atipassados preparavam algumas folhas onde chamavam algumas pessoas (uma tribo tomavam os medicamentos), mais quando começava com os cintomas izolavsm o doente, mais actualmente não defendem os doentes, quando começa a doença as pessoas vam ter com a pessoa doente, enquanto que antigamente ezolavam. Onde há cólera as pessoas deslocam si para la mesmo sabendo que a doeca é contagiosa.

Referência 2 - 0.89% Cobertura

Antiga mente a doença exixtia havia um medicamento tradicional onde todos da família eram ensinados que deviam ter higiene, eram ensinados a não comer comida do dia anterior.

Referência 3 - 1.42% Cobertura

para controlar a cólera será difícil mesmo o governo não ira conseguir, porque antigamente os doentes de cólera não eram visitados por pessoas que viam da suas casas so ficava com a esposao ou mãe ate melhorar e chegar o menemento em que terminava o tratamento e voltava para casa

Referência 4 - 0.95% Cobertura

em casa algumas pessoas usam cinza colocam no copo e dão de tomar outros usam folhas de papaia esmagam colocam na agua dão ao doente e evacuum o doente imediatamente para o hospital.

Referência 5 - 0.83% Cobertura

no hospital existem pessoas com mais conhecimento e bons cuidados para doente de cólera, o doente logo que chega na porta é rcebido e nos somos proibidos de ve-lo

Fornecimento de água

<Internas\\Entrevista homem 59 anos> - § 1 referência codificada [1.42% Cobertura]

Referência 1 - 1.42% Cobertura

beber água tratada e quando não tratada é perigo de cólera e doenças diarreicas

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 1 referência codificada [4.40% Cobertura]

Referência 1 - 4.40% Cobertura

visto que existem locais onde somente colocaram sem sair nem sequer uma gota, como usamos água do poço e aquele lixo é arrastado pelas águas que bebemos sem tratar com certeza, como consequências bebemos água de caracata podre, outras coisas podres e FIPAG distribui água de qualidade, mas nós bebemos água mal conservada, mal tratada.

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 2 referências codificadas [2.71% Cobertura]

Referência 1 - 1.23% Cobertura

E muita das vezes para ocorrer a doença é sazonal de Dezembro para Fevereiro devido a água, que algumas pessoas não conservam adequadamente,

Referência 2 - 1.48% Cobertura

Quando agente fala de água é assim eu fui a Yapala a dias, tive uma diarreia e por causa de mudar a água, visto que água que se bebe em Yapala não é a mesma que usa aqui.

<Internas\\transcrcao focal idosos> - § 1 referência codificada [0.90% Cobertura]

Referência 1 - 0.90% Cobertura

Mas agora comemos mal, bebemos agua mal, aque nos bairros urbanos em que há lixo acumulado, falta de agua, estes todos factores vam provocar dores abdominais e finalmente cólera

Ordenamento territorial

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 2 referências codificadas [6.15% Cobertura]

Referência 1 - 3.48% Cobertura

Nos locais onde há lixo temos muito cuidados mas mesmo assim há cólera, por exemplo no prédio Lopes há, blocos podres, muito lixo porém os residentes daquele prédio nunca tiveram cólera. Se questionamos assim Será que este bairro é somente do bairro não é da cidade?

Referência 2 - 2.68% Cobertura

Ficamos sem saber porque é que este Moçambique os prédios estão muito sujos, mal conservados e as pessoas mais limpas são as do bairro do que as da cidade, porque são os donos que realizam as actividades.

<Internas\\transcrcao focal idosos> - § 7 referências codificadas [3.86% Cobertura]

Referência 1 - 0.47% Cobertura

Antigamente as casas estavam distantes uma da outra, mas hoje cada um tem seu modo de viver

Referência 2 - 0.57% Cobertura

Enquanto que antigamente a distancia entre as casa havia uma machamba compo de pastagem havia modo de controlar.

Referência 3 - 0.46% Cobertura

que na cidade exixtiam valas que não tinham contacto directo com a populacao mas hoje não

Referência 4 - 0.40% Cobertura

Havia controle das manilhas, agua da casa de banho não saia de qualquer maneira

Referência 5 - 1.15% Cobertura

nos estamos preocupadps com a doença. no caso dos rios onde se usam como latrinas na verdade exixtem pessoas que não tem latrinas, visto que não tem latrina devido a pobreza e também é devido ao dezordeamento urbano espacial.

Referência 6 - 0.52% Cobertura

Somente este comportamento das pessoas de viverem da maneira que elas querem está piorando esta doença.

Referência 7 - 0.28% Cobertura

A vila de Mecuburi por exemplo as casas estão distantes,

Pobreza

<Internas\\Discussao grupo focal mulhers 24 35> - § 1 referência codificada [0.96% Cobertura]

Referência 1 - 0.96% Cobertura

e a cólera é comum em pobres e pouco frequente em ricos.

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 1 referência codificada [2.98% Cobertura]

Referência 1 - 2.98% Cobertura

aqui na cidade temos dois sítios onde há latrinas públicas sendo o mercado Municipal e o dos Belenenses, mas paga num valor de 5, 00 meticais para urinar e 10,00 meticais para cagar existem pessoas que não têm o que vão fazer?

<Internas\\transcrcao focal idosos> - § 1 referência codificada [1.15% Cobertura]

Referência 1 - 1.15% Cobertura

nos estamos preocupados com a doença. no caso dos rios onde se usam como latrinas na verdade existem pessoas que não tem latrinas, visto que não tem latrina devido a pobreza e também é devido ao desordenamento urbano espacial.

Profissionais de saúde

<Internas\\Discussão de grupo focal mulheres de 45> - § 3 referências codificadas [9.89% Cobertura]

Referência 1 - 4.99% Cobertura

Algumas vezes quando se prepara álcool tradicional (quilile) misturam com algumas folhas que são nocivas ao organismo provocando dores abdominais, uma mistura de cerveja de capanga e quilile piora a situação e basta ingerir já começa com os sintomas e alastra para outras pessoas acabando por acusar o governo. Até acusamos os profissionais de saúde que não adoecem,

Referência 2 - 2.28% Cobertura

Apesar de saber que somos as pessoas que não cuida da nossa saúde sempre temos ido nos secretários porque alegamos que eles não adoecem nem os filhos dos enfermeiros.

Referência 3 - 2.63% Cobertura

Dias eu atrás estava a passear com minha filha me mandou parar ofereceu mi dinheiro alegando que queria minha filha a partir daí passei a pensar que os enfermeiros sabe de onde vem essa doença

<Internas\\Grupo focal homens 24 35 anos> - § 1 referência codificada [1.11% Cobertura]

Referência 1 - 1.11% Cobertura

bebemos água dos poços, visto alguns bairros passam meses sem sair água nas torneiras

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 1 referência codificada [5.64% Cobertura]

Referência 1 - 5.64% Cobertura

Eu já sofri isso lá minha terra em Mogincual, fomos formados para sermos ativistas da comunidade, essa doença de cólera eclodiu em Kinca no posto administrativo de Mogincual, quando começaram agredir alguns chefes, com a intervenção da polícia, aquilo abrangeu para todos nós, tinham dito que eu recebi um valor monetário de setenta milhões, bicicleta, para distribuir a tal doença e vieram na minha casa para perguntarem sobre isso, mas justifiquei de que tenho um grupo de poupança, cercaram-na minha casa eu entrei em fuga directamente nas matas, graças a polícia me salvou. Finalmente chamaram-me na polícia e advertiram naqueles indivíduos.

Saneamento do meio e gestão de lixo

<Internas\\Entrevista homem 59 anos> - § 2 referências codificadas [13.89% Cobertura]

Referência 1 - 6.59% Cobertura

Sim! Como dizia e por falta de não cumprir com as regras de higiene, porque muita das vezes você está a varrer dentro de uma casa o lixo que você tirou dali ou na lavagem dos pratos e toda sujidade está a lançar de qualquer maneira não enterra ou se é coisa parece estar suja ou seca não queima muita das vezes com comidas estragadas então deriva a doença de cólera

Referência 2 - 7.30% Cobertura

Primeiro com a higiene restrita da casa onde essa pessoa morra, conseguindo sempre varrer dentro como varrer fora, limpar o lixo, cavar o chão e enterrar o lixo, mesmo comidas estragada ou que estão a caminho de podridão em vez de lançar de qualquer maneira ou pôr num lixo outro lixo carregar o tambor de Lixo é necessário que atinja ou siga as técnicas de cavar as covas enterrar aquele lixo da podridão

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 10 referências codificadas [32.38% Cobertura]

Referência 1 - 4.31% Cobertura

Na verdade a doença de cólera está connosco, é uma doença que está relacionada com a falta de higiene nossa, como não de as lavar mãos antes de comer ou falta de latrinas as moscas quando são mal controladas e quando pousam na nossa comida, principalmente água estagnadas, tudo isso provocando a cólera, atingindo de zona em zona.

Referência 2 - 1.42% Cobertura

Isto é uma realidade, porem temos muito lixo visto que é imenso pode sair da qui para Namicopo você pisa lixo

Referência 3 - 3.87% Cobertura

mas tudo é devido a falta de latrinas visto não somos apoiados, com o nossa preguiça não cavamos nada, na rua não há latrinas, encontramos cheio de fezes nas ruas, sabendo vende se pães, bolachas, não tapadas e logo que nós compramos e comemos tendo algum tempo inicio da manifestação da diarreia

Referência 4 - 2.47% Cobertura

O que piora esta doença é que não há latrinas aqui na cidade principalmente, nas acácias você encontra cheio de fezes, urina, vermelha, de lado encontramos um nosso irmão a vender bolinhos,

Referência 5 - 1.36% Cobertura

aqui na cidade temos dois sítios onde há latrinas públicas sendo o mercado Municipal e o dos Belenenses

Referência 6 - 7.00% Cobertura

Somente usam acácia como latrina ou casas de banho e de lado estão as doces, bolinhos não tapados com contacto directo das moscas, onde depois de comer já terá diarreia, se for no bairro há problemas de lixo, falta de tratamento adequado, a população deixa numa lixeira mas passam muitos anos sem ser tirado pelo concelho Municipal, tendo como consequências provocar cólera e malária, visto que é sitio onde se reproduzem moscas, mosquitos, coisas estranhas saem dali esta é a realidade de cólera na cidade de Nampula e pedimos ajuda.

Referência 7 - 5.29% Cobertura

Na minha zona há problema de lixo faz quatro meses que não tiram na lixeira pelo concelho Municipal, falta de latrinas, na lixeira encontra vários tipos de lixos com fezes, xima dos dias anteriores só para citar alguns, tudo isso causando a doença a cólera, não é juntar o lixo da padaria Nampula com os dos outros bairros porque há-de provocar outras coisas, visto que est junção há-de provocar a cólera.

Referência 8 - 0.50% Cobertura

Isto nos preocupa é que não tiram lixo

Referência 9 - 3.48% Cobertura

Nos locais onde há lixo temos muito cuidados mas mesmo assim há cólera, por exemplo no prédio Lopes há, blocos podres, muito lixo porém os residentes daquele prédio nunca tiveram cólera. Se questionamos assim Será que este bairro é somente do bairro não é da cidade?

Referência 10 - 2.68% Cobertura

Ficamos sem saber porque é que este Moçambique os prédios estão muito sujos, mal conservados e as pessoas mais limpas são as do bairro do que as da cidade, porque são os donos que realizam as actividades.

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 2 referências codificadas [1.46% Cobertura]

Referência 1 - 0.44% Cobertura

pior este tempo em que se usa fraldas descartáveis.

Referência 2 - 1.01% Cobertura

Na verdade mandei parar nesta cova porque andavam a deitar fraldas e proíbe, avisei que so deve ser lixo, não fezes.

<Internas\\transcrao focal idosos> - § 13 referências codificadas [12.68% Cobertura]

Referência 1 - 0.90% Cobertura

Mas agora comemos mal, bebemos agua mal, aque nos bairros urbanos em que há lixo acumulado, falta de agua, estes todos factores vam provocar dores abdominais e finalmente cólera

Referência 2 - 0.66% Cobertura

antigamente fomos encinados a fazer limpeza nas nossas casas, cavar as latrinas eu acho que existem poucas pessoas com latrinas.

Referência 3 - 0.46% Cobertura

que na cidade exixtiam valas que não tinham contacto directo com a populacao mas hoje não

Referência 4 - 0.40% Cobertura

Havia controle das manilhas, agua da casa de banho não saia de qualquer maneira

Referência 5 - 1.98% Cobertura

Exemplo si seguir o rio muatala não vas conseguir pior se for manha porque estará sendo seguido por moscas, das pessoas que não tem latrinas. Seguindo a via de muatala para matadoro é intranzitavel devido a presença de plásticos de fezes, assim que estamos prestes a entrar no período chuvoso aquilo será arrastado pela agua até ao rio e onde termina o rio é la mesmo onde inicia a cólera.

Referência 6 - 1.07% Cobertura

acrescentando aquilo que meu pai ali falou de facto na cidade encontra si muito lixo e basta xuver o lixo é arrastado para qualquer sitio, e la onde é arrastado o lixo cria consequência o governo esta assistindo

Referência 7 - 1.15% Cobertura

nos estamos preocupadps com a doença. no caso dos rios onde se usam como latrinas na verdade existem pessoas que não tem latrinas, visto que não tem latrina devido a pobreza e também é devido ao dezordeamento urbano espacial.

Referência 8 - 0.88% Cobertura

a maneira de prevencao o governo é que pode saber, traçando estratégias para prevenir o alestraamento da doença, uma vez que estamos perto da cidade todo esta nas maus deles.

Referência 9 - 1.33% Cobertura

para prevenir a doença vai custar, porque o modo de viver é diversificado uma vez que é causado por acumulo de lixo e cada um vivi na sua casa tem seu modo de vida, mesmo que faça limpeza na casa em quanto na casa do vizinho não si faz não estarei a fazer nada.

Referência 10 - 1.42% Cobertura

O meu tio ensinou que comida do dia anterio não si deita fora ou qualquer maneira e não si deixa na rua para não ser visto com otras pessoas isto mostra comportamento de inculturado, porem ao sairmos para ai nas ruas havemos de encontrar muitos restos de comida do dia anterior.

Referência 11 - 0.45% Cobertura

pessoas que deitam comida do dia anterior na estrada geralmente é apanhado pelas crianças

Referência 12 - 0.99% Cobertura

devido a este comportamentoo das pessoas de deitar o lixo de qualquer maneira, comida do dia anterior na extrada, não fazer limpeza individual ou colectiva as doenças estão piorando por exemplo

Referência 13 - 0.99% Cobertura

Somente este comportamento das pessoas de viverem da maneira que elas querem está piorando esta doença.

Se houvesse esta maneira de educar a maneira de como deitar o lixo nos locais apropriados.

Governacao

<Internas\\Discussao de grupo focal mulheres de 45> - § 4 referências codificadas [9.62% Cobertura]

Referência 1 - 3.20% Cobertura

Os nossos antepassados nos ensinavam e nos seguimos o que éramos ensinados por exemplo sabíamos que temos que ir vacinar para prevenir algumas doenças e o governo chamava a todos nos para sermos vacinados e finalmente acabava a doença.

Referência 2 - 0.83% Cobertura

só o governo nos sensibiliza a ir ao hospital mas nada si faz

Referência 3 - 4.22% Cobertura

Algumas vezes quando si prepara álcool tradicional (quilile) misturam com algumas folhas que são nocivas ao organismo provocando dores abdominais, uma mistura de cerveja de capanga e quilile piora a situação e basta ingerir já começa com os sintomas e alastra para outras pessoas acabando por acusar o governo.

Referência 4 - 1.36% Cobertura

sempre temos ido nos secretários porque alegamos que eles não adoecem nem os filhos dos enfermeiros.

<Internas\\Entrevista de uma mãe de 45 anos> - § 1 referência codificada [3.01% Cobertura]

Referência 1 - 3.01% Cobertura

Governo não consegue, seria ele que podia mas não está a conseguir, e nós que somos quaisquer como vamos prevenir?

<Internas\\Grupo focal homenes 24 35 anos> - § 1 referência codificada [1.87% Cobertura]

Referência 1 - 1.87% Cobertura

como la na minha zona não há centro de Saúde nem chega carro somente táxi mota, havia lhe levado de Namiepa para o Hospital Central de Nampula,

<Internas\\Grupos focais Mulheres de 24 35 anos> - § 7 referências codificadas [14.75% Cobertura]

Referência 1 - 2.13% Cobertura

Há uns que não entendem dizem que o governo é que está a distribuir, mas não é isso aquilo é uma doença só que aparece sem intervenção humana, tem pessoas que ainda pensam que o governo é que esta a distribuir e verdade é que isto é uma doença.

Referência 2 - 1.29% Cobertura

Aqui não! Na verdade foi aqui perto onde chegaram de espancar o secretário e queriam matar, chegou de abandonar a casa dele, tendo mudado para aqui.

Referência 3 - 1.13% Cobertura

Depende, muitas vezes quando a população percebe que há um secretário que está sendo acusado de distribuir a cólera, alguns fogem.

Referência 4 - 1.15% Cobertura

A autoridade chega mais tarde sem investigar, prendem nos indivíduos espancadores levam para as cadeias dormem 24 horas no máximo.

Referência 5 - 2.88% Cobertura

Assim que vocês meus irmãos vieram serem porem vocês devem voltar para ter connosco, não devemos ser nós que vivemos neste bairro a falar, quando formos nós devemos sair

para outra área para falar sobre a diarreia, porque se nós falar neste bairro havemos de receber com agressões, alegaram que recebemos alguma coisa do governo.

Referência 6 - 5.64% Cobertura

Eu já sofri isso lá minha terra em Mogincual, fomos formados para sermos activistas da comunidade, essa doença de cólera eclodiu em kinca no posto administrativo de Mogincual, quando começaram agredir alguns chefes, com a intervenção da polícia, aquilo abrangeu para todos nós, tinham dido que eu recebi um valor monetário de setenta milhões, bicicleta, para distribuir a tal doença e vieram na minha casa para perguntarem sobre isso, mas justifiquei de que tenho um grupo de poupança, cercaram-na minha casa eu entrei em fuga directamente nas matas, graças a polícia me salvou. Finalmente chamaram lhe na policia e advertiram naqueles indivíduos.

Referência 7 - 0.52% Cobertura

Nunca ouvimos que algum partido esta a distribuir a cólera.

<Internas\\transcrcao focal idosos> - § 13 referências codificadas [20.76% Cobertura]

Referência 1 - 1.07% Cobertura

acrescentando aquilo que meu pai ali falou defacto na cidade encontra si muito lixo e basta xuver o lixo é arrastado para qualquer sitio, e la onde é arrastado o lixo cria consequência o governo esta assistindo

Referência 2 - 0.75% Cobertura

Basta si registar um caso em qualquer bairro como Piloto ou Napipine alastra – se rapidamente e o governo deveria si preocupar ondee vem a doença?

Referência 3 - 0.88% Cobertura

a maneira de prevencao o governo é que pode saber, traçando estratégias para prevenir o alestraamento da doença, uma vez que estamos perto da cidade todo esta nas maus deles.

Referência 4 - 0.66% Cobertura

o governo não sabia pois o conhecimento estava com os régulos e os reis, cabos, chefes do bairro eram os mais confiados na zonas.

Referência 5 - 0.77% Cobertura

Como o papa esta referindo na verdade para prevenir esta doença será impossível, mesmo que o governo traga um número ilimitado de Carros ou medicamentos

Referência 6 - 0.91% Cobertura

as pessoas respeitam as ideias e ordens do régulo, rei, chefe, se formos em Murrupula o régulo Cavarro por exemplo se dar ordens a população obedece visto dizem é ordem do régulo.

Referência 7 - 1.42% Cobertura

Agora aqui onde sou eu o chefe, que é régulo Marrere, o régulo Inthotha, não há respeito desobedecem as ordens do Chefe. Existem na Verdade distritos não se regista casos de cólera, no caso dos distritos onde tem havido cólera o modo de vida daqueles populares é diversificado.

Referência 8 - 1.37% Cobertura

Na verdade fala se do governo não porque trás, devido algumas accoes por exemplo no tempo de Samora não si ceitava ir a cidade sem trabalhar todos que la partiam tina certo objectivo, por essa razão fala si de governo porque defeniu que cada um deve morar onde quizer.

Referência 9 - 4.51% Cobertura

isso é devido a ma percepcao por algumas pessoas, quando uma comutiva do governo sai para a comunidade contancta se primeiro com os secretários, junto com os secretários vão as fontes de agua one colocam a certeza com o objectivo de tratar a agua e garantir uma agua de boa qualidade para prevenir doenças diarreia, porem os indivíduos que percebem mal e que tiveram episodius de dor abominal nos dias anterriores ficam preocupados e procuram si informar. Si fossse que como papa ali referiu anteriormente da vacina os régulos eram avidados para sensibilizar a populacao que próximo mês haverá campanha de vaccinacao para prevencao da sífilis, os que tinham duvidas iam falar com os régulos sobre a vacina e apu iam vaccinacao com conhecimento, mais actualmente os técnicos de saúde chamam urgentemente dizem que são palestras, vacina, isto purtuba a populacao acabando por não aderir.

Referência 10 - 2.83% Cobertura

Na verdade o erro ouve no principio é por isso que dizem o governo sabe porque as pessoas que moriam de cólera não eram permitidos que os familiares vecem o morto, não faziam a seleccao de dois familiares usando mascarar e botas, luvas para ir observar o óbito depos esclarecer que os cadaveis de cólera não são palpáveis de qualquer maneira. Actualmete o pessaol da saúde tira os familiares da vitima sem esclarecer os porquês, nos sabemos que um cadáver de cólera tem tido olhos encovados bariga escavada e essa falta de esclarecimento acuzam o governo.

Referência 11 - 1.10% Cobertura

O governo se esqueceu que nos temos nossos hábitos, cultura e tradicao. Somente sabe trazer culturas ou conecimento de otros países sem saber que nos não aguentamos com a ida dos estrangeiro ou cultura de otros países.

Referência 12 - 1.98% Cobertura

O meu acréscimo é quando o gavernio tiver um projecto não pode correr implemanter mesmo com boa intencao de falvar a comunidade sempre deve antecipar “*para adiquir um gafanhoto é preciso ter cuidado*” por isso é imperioso ter cuidado para as comunidade, por exmplo quando si prepara para os ritos de iniciacao há muita influencia porque a comunidade sabe muito bem o que é ritos de iniciacao.

Referência 13 - 2.50% Cobertura

Quando si introduz cloro na agua pareci cólera isso cria confusão na populcao deve si usar outro termo. Em Moma um hospital inteiro foi vandalizado, porque alguns activistas da saúde estavam a tratar agua com cloro, si fosse que esses activistas foram no regulo *Intira* informar que queremos tratar a agua com um medicamento que não seja cloro mas com um outro nome exemplo certeza e que inciou a que na cidade beber agua tratada com certeza foi o próprio presidente do conselho municipal.

Programa um estudante uma família

<Internas\\Entrevista de um adulto dos seus 28 anos de idade> - § 1 referência codificada [16.61% Cobertura]

Referência 1 - 16.61% Cobertura

Entrevistador: Obrigado pela sua colaboração, termino por aqui, não sei se tem alguma questão, um acréscimo, crítica?

Entrevistado: Somente lamentar existem alguns estudantes que saem mas não despedem-nos, isso é lamentável porque nós ajudamos a vocês e se vocês não agradassem que agente faz é triste e lamentavel.

<Internas\\transcrcao focal idosos> - § 1 referência codificada [2.61% Cobertura]

Referência 1 - 2.61% Cobertura

eu so gostaria de enfatizar que esta doença já ultrapassou as nossas capacidade e estamos preocupados. Aqui na comunidade os estudiosos são poços somos nos que não sabemos nada. assim que nos filhos vem nos pergunatar sobre a doença já tem iniciativa, gostaríamos que continuacem para nos ajudar a procurar meios de como prevenir a cólera porque nos não sabemos nada mesmo que vocês nos pergutem temos um conhecimento limitado e vocês que sabem as doenças nos ajudem a esclarecer bem e a prevenir esta doença.

10.3. Transcrições

10.3.1. Grupos focais

Crenças da cólera nas mulheres de 24 a 35 anos

Mod: já ouviram falar de cólera?

M1: Sim já ouvi falar de cólera mas antigamente não existia isso.

M2: é uma doença que aprece um período especial e sazonal. Antigamente havia dores abdominais e não diarreia em que si tratava com folhas tradicionais e passava, hoje em dia isso já não acontece. É um problema muito serio, havia sífilis que si tratava e passava depôs.

M3: é uma doença que acontece de repente sem causa especifica e nos não sabemos onde esta a origem desta doença e nem como prevenir.

Mod: vocês acham que existe um grupo específico para apanhar a cólera?

M1: somos muitos ficamos sem saber qual é o grupo especifico e já si misturamos com muitas pessoas.

M2: a doença afecta pessoas que não tem higiene individual, colectiva como por exemplo: lavar as mais antes de comer e usar a latrina, pessoas que não lavam alimentos, verduras.

M3: eu não sei si existe um grupo especifico

Mod: será que sabem como se apanha essa doença ou por um microorganismo, alimentos do dia anterior ou loiça suja?

M1: a doença é transmitida através de um microorganismo mas não mi lembro do nome, a cólera si não fosse causada por um microorganismo não teríamos a usar medicamentos para tratar e quando apareci numa família toda família é atacada. Antigamente a doença era simples de ser tratada, mas agora é difícil mesmo com medicamentos não passa.

M4: eu tive cólera no ano 2011 e quando afectou me minha filha também sofreu de seguida, temos um quadro de diarreia, vômitos. Depôs de ser tratada falara me no hospital que é causada por microorganismo e disseram que tenho que prevenir a doença.

M3: existem algumas pessoas que dizem que é o governo que transmite a doença porque não acaba, si faz vários tratamentos mais a doença não acaba isso nos deixa confusas.

M2: eu acho que não é o governo que transmite a doença porque si fosse não estariam a construir hospital, formar profissionais de saúde, o governo faz muito para o povo.

M1: eu não sei o que responder há pessoas que dizem é o governo outras negam.

M4: a doença é transmitida pelo governo porque aparece de forma repentina.

M1: acusa se o governo porque não falam nada a cerca da doença e sendo assim acreditamos que são eles que transmitem a doença. Os nossos antepassados explicavam tudo que acontecia no nosso meio, mas agora não acontece. Si corresse uma doença nos explicavam como tratar e como prevenir, as vacinas tudo a cerca da doença. Após o tratamento não ocorria mais.

M4: nessa altura quando nos crescem havia poucas doenças, pouco desenvolvimento e não aparecia pessoas estranhas provenientes de outros países, em essa coisa de universidade não existia. e sempre nos questionas a cerca dessa doença que não tem cura?

M2: não é o governo que transmite a doença peço a vossa compressão, algumas pessoas incistem com essa ideia de que é o governo que esta a transmitir, a malária é uma doença que sempre si fala o governo dá redes mosquiteiras, imagine si não tivesse rede? Tudo que o governo faz é de custo zero?

Mod: O que a religião diz a cerca da cólera?

M4: não tem ralação com partido igreja como não sabemos a verdadeira origem da doença.

M1: nos não sabemos a relação com a igreja e politica mas o governo sabe.

Mod: existe um um certo grupo de pessoas que tem a doença ou partido?

M1: não é partido nem religião ou cultura.

M4: somos ensinados a fazer limpeza individual, colectiva, lavar loiça, varrendo os pátios, enterrar o lixo, lavar os maus antes de comer.

M3: eu fui bem explicado sobre a cólera quando estava doente, dicessaram que tenho que por coisas distantes da latrina.

M2: algumas bebidas como vinho capanga misturado com algumas folhas tradicionais juntado podem provocar doires abdominais. Dai acusamos o governo sabendo que nos é que bebemos, outras pessoas bebem cervejas depois vem com vinho tradicional em casa, depois de ter a doença transiste ao outros soda comunidade bairro e quando vamos ao hospital dizem que é cólera acusamos o governo em quanto é o que consumimos.

M3: quando eu estava no hospital não falaram sobre isso referiam que eram um bicho soque estou a esquecer o nome. Que vive em locais sujos transportado por moscas dai que não posso deixar coisas perto da latrina. Isso não tinha a ver com bebida alcoólicas, minha filha apanhou por que a transmite devido a ma higiene, depôs de contrair a doença disseminava para as pessoas que ajudam também tem tido a doença devido a falta de conhecimento como se transmite a doença.

Mod: vandalização de casa do chefes do bairro?

M1: Os secretários dos bairros são acusados porque conhecem bem o bairro e os moradores e os enfermeiros não tem culpa.

Mod: Qual é o tratamento?

M3; Quando eu estava doente davam me agua de arroz e lanho e depôs levaram para o hospital, injectaram soro eu e minha filha. Depôs mi ensinaram medidas preventivas, depôs comecei a implementar não tive mais a doença.

M2: O que mi leva aceitar que é o governo porque a doença não acaba.

Resumindo: a doença é causada pelo governo e tem algum lucro nisso e escolhem um determinado grupo de pessoas para enriquecer.

Mod: o que o governo ganho com cólera e essa doença é frequente no tempo chuvoso?

M1: A doença ocorre num determinado período, zona, um grupo especifico, e quando afecta uma determinada população si não for levada ao hospital ira morrer e a cólera é comum em pobres e pouco frequente em ricos. Caracterizado por diarreia e vómitos basta entrar numa família todos tem mesmo sintomas.

Mod? Tem mais algo a falar um acréscimo

M1: Não tem acréscimo somente estamos preocupados com a doença e nos pedimos a ajuda do governo porque é urgente.

Mod: O grupo tem mais algo a falar?

Dr. Artur agradecemos a vossa participação já esta tarde vão para casa. Obrigado!

Discussão de Grupo focal das Mulheres de 45 a 60 de idade

Mod. Gostaria de saber si já ouviram falar de cólera?

M1: Eu já ouvi falar da cólera recentemente porque antigamente só existiam dores abdominais sem diarreias e vômitos mas actualmente quando a pareceu essa doença, que nem Deus sabe me preocupa no meu ponto de vista.

M2: Nos estamos preocupados porque antigamente não existia essa doença, só existia sífilis que era tratada e desaparecia. Actualmente com aparecimento desta doença que é de maneira repentina nos preocupa.

M3: A doença aparece de forma brusca e mata de forma brusca sem saber de onde vem e quando a pessoa contrai a doença e os sintomas aparecem more imediatamente e nos não sabemos de onde vem ou origem.

Mod: Será que existe um grupo susceptível de ter a cólera?

M1: Actualmente somos muitos e antigamente que a população era menor havia maneiras de controlar, bastasse existir alguém com cólera toda comunidade já tinha conhecimento, portanto agora que a população aumentou é difícil controlar.

Mod: Sabem qual é o modo de transmissão?

M1: Nós também estamos confusos porque rijamente nos lavamos a loiça no mesmo momento que iríamos usar mas não provocava diarreia. Uma criança que estava prestes a fazer necessidade Maiores ficavam por trais da casa sem nenhum tapamento não lhes fazia mal e as necessidades menores eram feitas de lado e somente colocavam agua quente e não fazia mal. As pessoas actualmente melhoram muito na higiene comparando com o tempo anterior em que a roupa era suja com, mau cheiro mas ninguém adoecia. As crianças andavam cheias de fezes as pessoas comentavam, porem não eram lavadas com sabonete e nem sabão porque não era conhecido.

Mod: O que vocês acham será que a cólera é causada por microrganismo, agua, alimento?

M1 Estou confusa não pode ser um microrganismo será que antigamente não existia? Será que o governo de hoje não é igual ao antro?

M2: Eu não sei o que mi chateia é que cresci no tempo de guerra e agora.

M3: Na verdade nos não temos um bom esclarecimento da doença por saber que esta matando muitas pessoas e sem saber a causa.

Mod: Será que existe algo que agente fazendo pode nos dar cólera?

M1: Não sabemos, si nos informassem estaríamos a evitar essa doença não estaria a aumentar ou ocorrer. Os nossos antepassados nos ensinavam e nos seguimos o que éramos ensinados por exemplo sabíamos que temos que ir vacinar para prevenir algumas doenças e o governo chamava a todos nos para sermos vacinados e finalmente acabava a doença. Actualmente não existem essas vacinas, só o governo nos sensibiliza a ir ao hospital mas nada si faz, quando perguntamos de onde vem a doença ninguém nos explica. Antigamente não sabíamos o que é malária mas agora corre o maior risco de morrer.

Mod: Qual é a influencia da religião politica cultura sobre a cólera?

M1: Na verdade nos estamos confusas não sabemos nada sobre essa doença.

M2: Não é partido religião que provoca a doença, o que esses grupos fala diz que temos que tirar lixo, lavar bem a loiça beber agua tratada, evitar que a loiça não seja pousada por moscas. Algumas vezes quando si prepara álcool tradicional (quilile) misturam com algumas folhas que são nocivas ao organismo provocando dores abdominais, uma mistura de cerveja de capanga e quilile piora a situação e basta ingerir já começa com os sintomas

e alastra para outras pessoas acabando por acusar o governo. Ate acusamos os profissionais de saúde que não adoecem, basta iniciar com diarreia a doença si alastra através das pessoas que ajudam o doente é o meu ponto de vista.

Mod: Existe alguma explicação para casos em que as pessoas vão ao chefe do Quarteiro acusar de distribuir a cólera?

M1: Apesar de saber que somos as pessoas que não cuida da nossa saúde sempre temos ido nos secretários porque alegamos que eles não adoecem nem os filhos dos enfermeiros.

M2: A Dias eu atrás estava a passear com minha filia me mandou parar ofereceu mi dinheiro alegando que queria minha filha a partir dai passei a pensar que os enfermeiros sabe de onde vem essa doença.

Mod: Como prevenir ou erradicar a cólera

M1: O Governo é que sabe como vamos prevenir mesmo assim vai ser difícil si fosse deus iria acabar mas eles não vão conseguir mesmo que si faça campanhas de mobilização não vão conseguir.

M1 e M2: Ya é verdade não é possível acabar com a doença.

Mod: Qual é a conduta de uma pessoa com cólera?

Em casa?

M1: Eu não sei nos não temos higiene, não tratamos agua, lixo no quintal, e não sabemos nada mesmo.

M2: Quando minha filha teve cólera tinha trocado de roupa dela, ferver para agua bebeu, de seguida levei para o hospital, passado algum tempo irmão dela também teve levamos ao hospital e foi transferida para centro de tratamento de cólera.

Mod: Gostaria de saber si tem alguma questão acréscimo?

M3: Nos estamos preocupados com a doença não sabe nada.

Mod: Não viemos aqui para vos ensinar mas sim aprender com vocês.

M4: Agradecemos pela vossa presença aqui mas estamos preocupados com esta doença porque temos ouvido que ira piorar mais.

M1: Sempre que somos informados ficamos tristes visto que basta ter alguém com vômitos e diarreia toda família estará abrangida.

Discussão de grupo focal homens de 45 – 60 anos de Idade

M: O que vocês sabem não tenham medo e fale peço eu gostaria de saber si alguma vez já ouviram falar da colera si sim aonde?

H1: diarreia ou vômito?

H2: temo saber diferenciar entre diarreia e colera e eles querem saber si sabemos o que é cólera?

H1: sim eu já ouvi falar da cólera porque é uma doença que ocorre no nosso meio.

H1: a doença de cólera é caracterizado por diarreia e vômitos com um mal-estar geral, é uma doença que começou a muito tempo.

H3: Todos nos sabemos que há diarreia simples e cólera mas neste momento vamos falar da cólera

H2: O moderador quer saber sobre a cólera? Porque antigamente havia diarreia mas tinha o nome de cólera.

H4: antigamente havia a doença de cólera, era causada por comer coisas podres, depôs de ter os sintomas diarreia e vômito passava. Mas agora comemos mal, bebemos água mal, aqui nos bairros urbanos em que há lixo acumulado, falta de água, estes todos factores vam provocar dores abdominais e finalmente cólera – chegando na fase de ter diarreia e depôs evolui para dores abdominais intensas, actualmente nas nossas residências existem pessoas com má fé em que de noite começam a distribuir uma farinha e ao amanhecer a sua família começa com sintomas, mas antigamente não existia. As dores abdominais tratavam com medicamentos tradicionais. Principalmente que si comia comida podre aquilo provocava dores abdominais progredindo para diarreia e vômitos.

H1: antigamente os nossos antepassados preparavam algumas folhas onde chamavam algumas pessoas (uma tribo tomavam os medicamentos), mais quando começava com os sintomas isolavam o doente, mais actualmente não defendem os doentes, quando começa a doença as pessoas vam ter com a pessoa doente, enquanto antigamente isolavam. Onde há cólera as pessoas deslocam si para lá mesmo sabendo que a doença é contagiosa.

M: será que existe um grupo específico susceptível em ter a doença?

H5: Na verdade nos estamos preocupados com essa doença na família. Antigamente existia no princípio de cada ano vacina nas escolas feita com pessoas preparadas para tal mas actualmente não existe, é por isso quando a doença eclode uma determinada área ou

exemplo no bairro piloto ou si começa em uma família progride para outra daí é frequente ouvir que na expansão já começou Napipine já começou! E população está preocupada e ela é extensiva de bairro para bairro, isto é sazonal e Janeiro é muito frequente.

M: sabem como si transmite a doença?

H5: antigamente fomos ensinados a fazer limpeza nas nossas casas, cavar as latrinas eu acho que existem poucas pessoas com latrinas. A higiene é extensiva para todos mas nunca passa um ano sem si registarem casos da doença.

H2: uma das coisas que eu acho favorece a existência da doença é que antigamente existia boas pessoas. Antigamente as casas estavam distantes uma da outra, mas hoje cada um tem seu modo de viver e si você explicar seu vizinho em como ter bons modos de vida vai ser seu inimigo. Mesmo que faça limpeza na sua casa em quanto vizinho não faz, enquanto foi ensinado na sua cultura que proíbe o enterro de lixo sendo comparado como acto do cemitério. você não estará a fazer nada. Enquanto antigamente a distancia entre as casa havia uma machamba campo de pastagem havia modo de controlar. E que na cidade existiam valas que não tinham contacto directo com a população mas hoje não. Havia controlo das manilhas, agua da casa de banho não saia de qualquer maneira. Todos que vinham do campo já tinham noção de na cidade si usa latrinas mas agora não. Exemplo si seguir o rio Muhala não vãs conseguir pior se for manha porque estará sendo seguido por moscas, das pessoas que não tem latrinas. Seguindo a via de Muhala para matadouro é intransitável devido a presença de plásticos de fezes, assim que estamos prestes a entrar no período chuvoso aquilo será arrastado pela agua até ao rio e onde termina o rio é lá mesmo onde inicia a cólera. Antiga mente a doença existia havia um medicamento tradicional onde todos da família eram ensinados que deviam ter higiene, eram ensinados a não comer comida do dia anterior.

M: o que provocava a doença era um bicho ou comida podre?

H2: eu não sei si era um bicho somente sei que comida do dia anterior quando não for aquecida causa doença portanto o que causa doença talvez é esse bicho.

H3: Bichos quando entram no organismo através da comida começa a criar danos, porque as pessoas que sabem que a comida do dia anterior apodrece sempre aquecem! Depôs de ser aquecida é um meio de prevenção para a doença. Mas existem algumas pessoas que acham que aquecendo vai demorar comem sem aquecer, acrescentando aquilo que meu pai

ali falou de facto na cidade encontra si muito lixo e basta houver o lixo é arrastado para qualquer sitio, e lá onde é arrastado o lixo cria consequência o governo esta assistindo, isto acontece em Dezembro Janeiro e Fevereiro no entanto cada um sei prepara psicologicamente que já esta entrando em uma fase difícil. Basta si registar um caso em qualquer bairro como Piloto ou Napipine alastra – se rapidamente e o governo deveria si preocupar onde vem a doença? E nos estamos preocupados com a doença. no caso dos rios onde se usam como latrinas na verdade existem pessoas que não tem latrinas, visto que não tem latrina devido a pobreza e também é devido ao desordenamento urbano espacial. A doença piora neste tempo de mangas basta começarem amadurecer ai surge o problema.

M: na vossa ideia será que há maneiras para prevenir a doença?

H3: a maneira de prevenção o governo é que pode saber, traçando estratégias para prevenir o alastramento da doença, uma vez que estamos perto da cidade todo esta nas maus deles. Como antigamente vínhamos existiam vacinas nas escolas e aglomerados populacionais onde todos eram vacinados para prevenir a doença.

H2: para prevenir a doença vai custar, porque o modo de viver é diversificado uma vez que é causado por acumulo de lixo e cada um vivi na sua casa tem seu modo de vida, mesmo que faça limpeza na casa em quanto na casa do vizinho não si faz não estarei a fazer nada. Sempre somos ensinados a praticar higiene individual e colectiva. O meu tio ensinou que comida do dia anterior não si deita fora ou qualquer maneira e não si deixa na rua para não ser visto com outras pessoas isto mostra comportamento de inculturado, porem ao sairmos para ai nas ruas havemos de encontrar muitos restos de comida do dia anterior.

H6: pessoas que deitam comida do dia anterior na estrada geralmente é apanhado pelas crianças

H5: para controlar a cólera será difícil mesmo o governo não ira conseguir, porque antigamente os doentes de cólera não eram visitados por pessoas que viam das suas casas so ficava com a esposa ou mãe ate melhorar e chegar o momento em que terminava o tratamento e voltava para casa. O doente casado enquanto a esposa está na menstruação, não podia lhe visitar, mas depôs de terminar tinha um período de espera para si manter em abstinência só depôs da melhora do doente. Mas actualmente apareci visita de pessoas que tiveram relações sexuais, ate leva refeição para dar o doente sabendo que a manteve relações sexuais, por consequência o doente não melhora. Todos nossos sabemos que

qualquer doença necessita de cuidados e referir que há algumas medidas devem ser tomadas por exemplo evitando visita com pessoas doentes e outros estranhos, porque a presença de um outro doente facilita a transmissão da doença. Actualmente existem pessoas ou indivíduos que quando estão doentes são tratados sem a visita de outros estranhos e finalmente nos medicamentos usados são enterrados num sítio longe e distante da residência do doente e si for uma criança ela leva deita na cova. E existem pessoas que quando estão doentes tem relações sexuais são visitados em pessoas estranhas e não é possível manter relações sexuais e não transmitir, da mesma maneira que quando morre no dia do enterro todos que participaram não devem manter relações sexuais no mesmo dia e existem ignorantes mas é perigoso para a saúde. Antigamente depois do enterro de um indivíduo passavam três dias sem se manter relações sexuais e daí havia uma cerimónia dos defuntos que cada um sabia quando é que podia continuar com a sua vida sexual normal, mas os jovens de hoje não conseguem si abster mesmo sabendo que estejam numa situação de falecimento (os jovens da actualidade tem coragem de abandonar um cadáver só para ir namorar), o governo não sabia pois o conhecimento estava com os régulos e os reis, cabos, chefes do bairro eram os mais confiados na zonas. Quando si fazia um enterro chamava se um curandeiro que preparava um medicamento para todos lavar as mãos.

M: será que a religião ou cultura ou a política influência para ocorrência da cólera?

H5: Não! Tudo hoje em dia esta modificado, e actualmente ignora se referindo que era na época passada.

H2: Antigamente os chefes eram respeitados e tudo que falava ninguém recusava, por exemplo hoje em dia o regulo Marrere chamar as pessoas para uma reunião não viram mas sim viram as pessoas idosas, é por isso algumas coisas pioram devido ao comportamento de cada um. Antigamente procuravam um medicamento para proteger uma determinada área, havia cerimónias rituais para protecção e promoção da paz e prevenção das guerras. Exemplo si convocar uma reunião para cerimónia de rituais de protecção de uma área haverá aderência?

Todos: Não!

H2: Devido a este comportamento das pessoas de deitar o lixo de qualquer maneira, comida do dia anterior na estrada, não fazer limpeza individual ou colectiva as doenças estão piorando por exemplo poliomielite se transmite através restos de peixes. si todos termos a

cultura de deitar o lixo no mesmo local e depois se queimar iríamos prevenir. A única maneira de prevenir é todos termos o mesmo comportamento. Exemplo agora está a falar de cólera. Si fosse malária iríamos encontrar outro problema de pulverização em que aqueles técnicos quando chegam numa área uma família aceita mas o vizinho não aceita, assim naquela casa que não foi pulverizada haverá maior multiplicação de mosquitos que passado algum tempo volta para casa pulverizada.

Concluindo já que não é possível ter o mesmo comportamento será impossível prevenir a doença.

H3: Como o papa esta referindo na verdade para prevenir esta doença será impossível, mesmo que o governo traga um número ilimitado de Carros ou medicamentos. Somente este comportamento das pessoas de viverem da maneira que elas querem está piorando esta doença.

Se houvesse esta maneira de educar a maneira de como deitar o lixo nos locais apropriados. Não existem na verdade pessoas que acatam as vezes as mensagens de educação para a saúde, nos encontros com os lideres comunitários, porque alegam estão a procura de condições de vida.

M: Será que há uma maneira de reunir um dia essas pessoas?

Todos: Não há maneira, mesmo que obriguem, seja repetitivo, nós achamos que não haverá solução para este mal.

H3: Sim há uma parte que há-de tentar seguir as ordens, mas não todos e a maioria não há-de obedecer as ordens.

H2: desse modo aqueles poucos que ouvem, acatam ou obedecem lhes tornará difícil de continuar pois, aliás somos quatro aqui no encontro de sensibilização, quantos vamos informar? Aqueles que vamos sensibilizar como vão seguir? Se eu chegar em casa vou informar minha esposa, meus filhos, meus vizinhos como é que estes vão seguir com as medidas que eu lhes ensinei? Os que ouvem a maneira de ensinar já muda, enquanto não colaborarmos há-de ser difícil de prevenir. Esta caso de cólera existem alguns distritos de Nampula que é conhecido somente sabem sobre as dores abdominais, mas existem distritos em que cada ano há epidemias esses distritos tem as mesmas características da cidade de Nampula principalmente nas vilas, A vila de Mecuburi por exemplo as casas estão distantes, as pessoas respeitam as ideias e ordens do régulo, rei, chefe, se formos em

Murrupula o régulo Cavarro por exemplo se dar ordens a população obedece visto dizem é ordem do régulo. Agora aqui onde sou eu o chefe, que é régulo Marrere, o régulo Inthotha, não há respeito desobedecem as ordens do Chefe. Existem na Verdade distritos não se regista casos de cólera, no caso dos distritos onde tem havido cólera o modo de vida daqueles populares é diversificado.

M: será que a religião ou cultura ou a politica influencia para ocorrência da cólera?

H2: Bom a religião, não tem nenhuma influência. Eu sou cristão na verdade Deus não quer que o seu filho morra desde que Jesus veio morrer na cruz por causa dos nossos pecados Deus cancelou a morte. Somente se matamos entre nós. Isto não é de Deus somente é daqui na terra, até os cristãos referem que devemos guardar os Mandamentos e ao guardar os mandamentos estará obedecendo ao rei, ao Chefe. Porque na bíblia esta escrito que Obedeça os que estão na fase da terra.

M: comparado com o passado será que a doença está aumentar ou governo esta ajudar a aumentar?

H2: Na verdade fala se do governo não porque trás, devido algumas acções por exemplo no tempo de Samora não si aceitava ir a cidade sem trabalhar todos que lá partiam tinha certo objectivo, por essa razão fala si de governo porque definiu que cada um deve morar onde quiser.

M: Temos ouvido por ai que os secretários dos bairros são agredidos alegando que eles tãõ a distribuir a cólera?

H2: Isso é devido a ma percepção por algumas pessoas, quando uma comitiva do governo sai para a comunidade contacta se primeiro com os secretários, junto com os secretários vão as fontes de agua onde colocam a certeza com o objectivo de tratar a agua e garantir uma agua de boa qualidade para prevenir doenças diarreia, porem os indivíduos que percebem mal e que tiveram episódios de dor abdominal nos dias anteriores ficam preocupados e procuram si informar. Si fosse que como papa ali referiu anteriormente da vacina os régulos eram avisados para sensibilizar a população que próximo mês haverá campanha de vacinação para prevenção da sífilis, os que tinham dúvidas iam falar com os régulos sobre a vacina e apoiam vacinação com conhecimento, mais actualmente os técnicos de saúde chamam urgentemente dizem que são palestras, vacina, isto perturba a população acabando por não aderir.

H4: É verdade essas sensibilizações são muito urgente e como as pessoas percebem mal em vez de perceber que estão a distribuir cloro pensam que é cólera e consequentemente andam atrás dos secretários.

M: perante um doente de cólera na comunidade qual é a conduta:

– Em casa?

H4: Em casa algumas pessoas usam cinza colocam no copo e dão de tomar outros usam folhas de papaia esmagam colocam na agua dão ao doente e evacuam o doente imediatamente para o hospital.

- No hospital?

H4: No hospital existem pessoas com mais conhecimento e bons cuidados para doente de cólera, o doente logo que chega na porta é recebido e nos somos proibidos de vê-lo.

H2: Na verdade o erro ouve no principio é por isso que dizem o governo sabe porque as pessoas que morriam de cólera não eram permitidos que os familiares vêem o morto, não faziam a selecção de dois familiares usando mascaras e botas, luvas para ir observar o óbito depois esclarecer que os cadáveres de cólera não são palpáveis de qualquer maneira. Actualmente o pessoal da saúde tira os familiares da vítima sem esclarecer os porquês, nos sabemos que um cadáver de cólera tem tido olhos encovados barriga escavada e essa falta de esclarecimento acusam o governo. Se esclarecem isto no princípio nos já teríamos a mínima solução. O governo se esqueceu que nos temos nossos hábitos, cultura e tradição. Somente sabe trazer culturas ou conhecimento de outros países sem saber que nos não aguentamos com a ida dos estrangeiros ou cultura de outros países.

M: Antes de terminar gostaria de saber si alguém tem alguma dúvida ou acréscimo

H4: Eu só gostaria de enfatizar que esta doença já ultrapassou as nossas capacidades e estamos preocupados. Aqui na comunidade os estudiosos são poços somos nos que não sabemos nada. Assim que nos filhos vem nos perguntar sobre a doença já tem iniciativa, gostaríamos que continuassem para nos ajudar a procurar meios de como prevenir a cólera porque nos não sabemos nada mesmo que vocês nos perguntem temos um conhecimento limitado e vocês que sabem as doenças nos ajudem a esclarecer bem e a prevenir esta doença.

H2: O meu acréscimo é quando o governo tiver um projecto não pode correr implementar mesmo com boa intenção de salvar a comunidade sempre deve antecipar “*para adquirir*

um gafanhoto é preciso ter cuidado” por isso é imperioso ter cuidado para as comunidade, por exemplo quando si prepara para os ritos de iniciação há muita influencia porque a comunidade sabe muito bem o que é ritos de iniciação. Portanto quando alguém diz tem meios de prevenir a cólera é atacado porque a população não sabe o que é cólera. Quando si introduz cloro na água parece é que cólera. Isso cria confusão na população deve si usar outro termo. Em Moma um hospital inteiro foi vandalizado, porque alguns activistas da saúde estavam a tratar água com cloro, si fosse que esses activistas foram no régulo *Inthirya (régulo local)* informar que queremos tratar a água com um medicamento que não seja cloro mas com um outro nome exemplo certeza e que iniciou a que na cidade beber agua tratada com certeza foi o próprio presidente do conselho municipal.

M: Colegas têm mais acréscimo?

A: Agradecemos pela compressão e participação

Grupo focal de mulheres 24-40 anos de idade

Entrevistador: Já ouviram falar de cólera?

M1: Sim, já ouvimos por muitas vezes.

M2: Dizem que para prevenir cólera deve se limpando a casa, lavar bem a loiça, lavar as mãos com sabão ou cinza, verduras deve se lavar por duas ou três vezes antes cozinhar, mas se logo cozinhar ao tirar da machamba sem lavar havemos de apanhar a cólera.

Entrevistador: Mas quando se fala de cólera dizem que é o quê?

M1: Cólera é uma doença que afecta as pessoas e se caracteriza por fazer diarreia constante de cinco em cinco minutos com vômitos e fraqueza generalizada nem para se movimentar nem para fazer algo ficando difícil.

M3: Eu estava dizendo que nesse caso deve se mandar ao hospital imediatamente.

M1: E muita das vezes para ocorrer a doença é sazonal de Dezembro para Fevereiro devido a água, que algumas pessoas não conservam adequadamente, visto temos que ferve-la ou tratar com certeza, deve se trocar diariamente, mas naquele período existem pessoas que não fazem, usam mesma agua para beber, lavar alimentos, outros fins por dois, três ou quatro dias e aquela agua provoca diarreia. Não so naquele período é de mangas, aquelas mangas também provocam, alias existem pessoas principalmente crianças que consomem sem lavar e isso provoca a cólera.

M4, M5: Na verdade é assim como se apanha a cólera.

M3: Na verdade logo que o sol raiar de princípio tem se que varrer o pátio, tirar o lixo, assim como esse lixo que está ai não pode! Estamos a fazer a saber favorece o aparecimento da cólera, o lixo não somente provoca a cólera, mas também a malária por causa de mosquitos. Neste tempo de Novembro a Fevereiro deve se lavar a mão primeiro e depois lavar a loiça para começar servir a refeição e tirar cinco litros ou mais de água para ferver e colocar na geleira com o objectivo de beber nunca deixar de era só para hoje e amanha não vou ferver porque há-de provocar cólera. Se for usar a latrina depois de usar lavar as mãos com sabão ou cinza se não houver sabão. No momento das refeições deve se as mãos nunca dizer uma vez que lavei as mãos na casa de banho não posso lava-las, após as refeições deve se lavar também as mãos porque praticamente estará chamar a cólera.

Entrevistador: Onde é que ouviram falar da cólera?

Todas: Costumamos ouvir no mercado

Entrevistador: Quem costuma falar da cólera é secretário, enfermeiro ou chefe do mercado?

Todas: na rádio, televisão, nos jornais e no Hospital.

Entrevistador: Falando do tratamento já viram alguém com cólera.

M3: Sim, ali naquela margem já houve casos alias um senhor óbitou neste ano mas na nossa zona nunca se registou casos de cólera.

Entrevistador: Sabem Quais são os sintomas e sinais da cólera?

M3: Sim, é assim a pessoa com cólera enquanto faz diarreia acompanha se de vômitos, e ela é idêntica a água de arroz basta ter essa característica deve se dar cortar água de lanho, ou fazer papinha de arroz, muitos líquidos mandar imediatamente ao hospital, quando faz trinta minutos esta pessoa corre o risco de morrer, até mesmo morre. Aqui o que está acontecendo muitas mães costumam deixar fezes das crianças até dia seguinte dizendo são fezes da minha filha, há de apanhar pratos de anteontem amontoados.

M1: pior este tempo em que se usa fraldas descartáveis.

M3: Na verdade mandei parar nesta cova porque andavam a deitar fraldas e proíbe, avisei que so deve ser lixo, não fezes.

M5: Na verdade a cólera é um problema muito sério.

M2, M3, M4, M5, M6: As fezes da cólera são muito cheirosas

Entrevistador: Falando do tratamento já viram alguém com cólera.

M3: Então na verdade em casa deve se preparar água de arroz, lanho ou coco, mas enquanto se dando deve se preparar ir ao hospital

Entrevistador: Será que existe um grupo específico para cólera?

Todas: Não! Não existe! Aquel a doença não escolhe a idade, raça, cor, filiação partidária.

M1: Da mesma forma que tem se dido para prevenir malária, temos que limpar as nossas.

Entrevistador: Qual é a explicação da religião, cultura ou política sobre a cólera? Porque alguns dizem que é Governo que traz para diminuir a população, outros dizem que é Deus que trouxe para castigar o seu povo.

M8: Fala se na igreja para não perder uma irmã.

M3: Há uns que não entendem dizem que o governo é que está a distribuir, mas não é isso aquilo é uma doença só que aparece sem intervenção humana, tem pessoas que ainda pensam que o governo é que esta a distribuir e verdade é que isto é uma doença.

Entrevistador: Em relação esta situação de cólera com o governo será que já aconteceu aqui no nosso Bairro?

M1: Sim na verdade já aconteceu, mas não nesta zona, a dois quilómetros da aqui.

Todas: Aqui não! Na verdade foi aqui perto onde chegaram de espancar o secretário e queriam matar, chegou de abandonar a casa dele, tendo mudado para aqui.

Entrevistador: Depois costuma se investigar na verdade acerca disso.

M1: Depende, muitas vezes quando a população percebe que há um secretário que está sendo acusado de distribuir a cólera, alguns fogem.

M3: A autoridade chega mais tarde sem investigar, prendem nos indivíduos espancadores levam para as cadeias dormem 24 horas no máximo.

Entrevistador: Em relação esta situação, o que é que vocês acham desta situação.

M9: É assim. Por exemplo o secretário pode distribuir o SIDA, visto que esta se morrendo em massa por HIV e SIDA. Então será que o secretário pode distribuir SIDA? Por isso não é possível dizer isso sem nenhuma relação.

Entrevistador: Na perspectiva de cólera acho que é por causa da água que vocês referiram, não sei vocês acham que o secretário pode distribuir a cólera?

M3: Quando agente fala de água é assim eu fui a Yapala a dias, tive uma diarreia e por causa de mudar a água, visto que água que se bebe em Yapala não é a mesma que usa aqui.

M10: Na verdade alguém quando viaja para um determinado sitio mesmo tem que adaptar com aquela agua, por exemplo quando eu viajo para Moma tenho adaptar com aquela 'agua que se usa lá, porque agua da aqui é doce mas de lá é um pouco salgada.

M11: Acho que o tempo chegou para haver essas doenças, uma vez que é frequente em Novembro juntado com as mangas.

M12: Nós sofremos cada tipo de doença aparece naquela época, quase todo o tipo de doença afecta-nos.

Entrevistador: Como podemos prevenir a cólera? Em casa, no Bairro que recomendações podemos fazer para prevenir a cólera?

M1: Para prevenir a cólera é através do tratamento da água de comida, limpeza individual, colectiva, enterrar o lixo, lavar as mãos depois de usar as latrinas e antes de comer, lavar bem as verduras antes cozinhar lavar bem as frutas antes de comer, se por acaso houver um doente de cólera, levar com cuidados se for aqui no bairro amarrar as nossas mãos com plásticos e depois manejar o doente dar banho e levar mos ao hospital

M13: Temos que tapar a comida, lavar as mãos antes de comer e depois de usar a latrina. Enterrar o lixo e essa coisa de das mães que não cuidam bem das fezes das crianças, mesmo que não seja na nossa na casa o facto de ser aqui no Bairro deve acabar.

M3: o problema na verdade é que quando de lado estão as fezes, noutro lado esta um prato aparentemente limpo que é usado para as refeições e a criança está comendo alguma coisa. Nesse caso como é que há-de ser? A Criança acompanha coco com mandioca seca. Aqui charo quando se quer usar aquele é somente levar para pôr água.

Entrevistador: Como é que os ritos de iniciação comentam sobre esta situação? Uma vez que é fonte de educação, Nessa perspectiva o que é eles dizem acerca da cólera?

M1: Dizer que não existe nenhuma relação.

Todas: Não! Não tem nenhuma relação. Também esta muito longe.

Entrevistador: Na verdade algumas questões acabaram respondendo uma dela seria o que se faz quando alguém tem cólera?

M3: Na verdade uma pessoa com cólera seca rapidamente, essas veias seca bem mesmo. Esta lhe levei quando chegamos no hospital, fiquei com medo quando me perguntaram senhora como é que eu tive essa coragem, somente agradeci quando passaram três dias, mas o utras pessoas não queriam aproximar porque tinha medo contaminar, já vi duas vezes pessoas a afastarem se do indivíduos que tem a cólera a serem deixados.

M5: Não está para ver.

Entrevistador: Mas assim mostra que é um problema que nos afecta. Então vocês acham o que deve ser feita para acabar com a doença?

M2: Este ano Deus já abençoou não há de haver cólera. Morremos mesmo por causa de cólera, pedimos para abençoar este ano.

M1: Eu acho que não vai acabar, porque quando nascemos quase apanhamos esta doença , então mesmo que o MISAU faça tudo não há de acabar, visto que é uma doença natural,

veja so que é uma doença que tem seu tempo inicial e tempo final, por isso que agente não tem como.

Entrevistador: Todas tem a mesma ideia?

Todas: Sim é isso mesmo!

M1: Muitas vezes também é que alimentamos,

Entrevistador: Então de deixarmos de dar comer ela vai morrer, sim ou não?

M3: Acabar não somente vai diminuir.

Entrevistador: Como havemos de diminuir?

M3: Assim que vocês meus irmãos vieram serem porem vocês devem voltar para ter conosco, não devemos ser nós que vivemos neste bairro a falar, quando formos nós devemos sair para outra área para falar sobre a diarreia, porque se nós falar neste bairro havemos de receber com agressões, alegaram que recebemos alguma coisa do governo.

M15: Eu já sofri isso lá minha terra em Mogincual, fomos formados para sermos activistas da comunidade, essa doença de cólera eclodiu em kinca no posto administrativo de Mogincual, quando começaram agredir alguns chefes, com a intervenção da polícia, aquilo abrangeu para todos nós, tinham dido que eu recebi um valor monetário de setenta milhões, bicicleta, para distribuir a tal doença e vieram na minha casa para perguntarem sobre isso, mas justifiquei de que tenho um grupo de poupança, cercaram-na minha casa eu entrei em fuga directamente nas matas, graças a polícia me salvou. Finalmente chamaram lhe na policia e advertiram naqueles indivíduos.

Entrevistador: Antes de terminar. Não sei se os colegas têm alguma questão ou acréscimo daquilo que se falou.

Observador 1: O que se fala sobre os partidos em relação a doença?

Todas: Nunca ouvimos que algum partido esta a distribuir a cólera.

Observador 2: Quase todos anos se fazem campanhas de sensibilização das comunidades na vossa opinião onde é que esta falhar?

M3: é assim, numa casa nem todos filhos acatam ou respeitam as ordens dos pais, mas o bom é que a maioria não aceita com a ideia. Visto que cada um tem a sua maneira de ser, entender, muitas pessoas tem poucas pessoas não tem isso precisa de um trabalho rigoroso. Não é o problema da Saúde não costuma transmitir, é a nossa maneira de ser, população é população! Acerca do que meu irmão perguntou há uns da renamo aproveitam aí para

manchar outro partido, por exemplo eles é que estão a mandar as pessoas para distribuir a cólera, porem não é isso, então aqui há problema visto que muitos partidos aproveitam aí, mas tenta se explicar a verdadeira origem apesar de não aceitarem.

M1: Gostaríamos de saber se as nossas definições vão de acordo com a vossa?

Moderador: Nós não viemos falar sobre isso, porem a vossa ideia é valida nos viemos co único objectivo de sabermos daquilo que vocês sabem.

O grupo de investigação: E o nosso muito Obrigado!

Grupo focal de homens entre 24 a 35 anos de idade

M: O que vocês sabem sobre a cólera si sim aonde?

A1: Na verdade a doença de cólera está connosco, é uma doença que está relacionada com a falta de higiene nossa, como não de as lavar mãos antes de comer ou falta de latrinas as moscas quando são mal controladas e quando pousam na nossa comida, principalmente água estagnadas, tudo isso provocando a cólera, atingindo de zona em zona.

A2: Isto é uma realidade, porem temos muito lixo visto que é imenso pode sair da qui para Namicopo você pisa lixo, nas nossas casas comida mal preparada, mãos não lavadas, comida não tapada e pousada pela mosca, depois de comer começa com cólera, sai para o centro de saúde 25 de Setembro, fazem teste depois é transferido para o Hospital Geral de Marrere é tratado com aqueles Doctores finalmente melhorando, na realidade esta doença está nos matando principalmente nossos filhos, mas tudo é devido a falta de latrinas visto não somos apoiados, com o nossa preguiça não cavamos nada, na rua não há latrinas, encontramos cheio de fezes nas ruas, sabendo vende se pães, bolachas, não tapadas e logo que nós compramos e comemos tendo algum tempo inicio da manifestação da diarreia, porem nós sabemos de verdade de onde vem esta doença de cólera somente esses académicos é que podem nos explicar donde e como podemos acabar com isto e nós o povo não somos capaz de acabar com esse mal.

A1: O que piora esta doença é que não há latrinas aqui na cidade principalmente, nas acácias você encontra cheio de fezes, urina, vermelha, de lado encontramos um nosso irmão a vender bolinhos, e aqui na cidade temos dois sítios onde há latrinas públicas sendo o mercado Municipal e o dos Belenenses, mas paga num valor de 5,00 meticais para urinar e 10,00 meticais para cagar existem pessoas que não têm o que vão fazer? Somente usam acácia como latrina ou casas de banho e de lado estão as doces, bolinhos não tapados com contacto directo das moscas, onde depois de comer já terá diarreia, se for no bairro há problemas de lixo, falta de tratamento adequado, a população deixa numa lixeira mas passam muitos anos sem ser tirado pelo concelho Municipal, tendo como consequências provocar cólera e malária, visto que é sitio onde se reproduzem moscas, mosquitos, coisas estranhas saem dali esta é a realidade de cólera na cidade de Nampula e pedimos ajuda.

M: Acerca do nosso Bairro qual é a realidade?

A1: Nós na verdade não somos deste bairro, viemos nos bairros de Namicopo, Memoria e Muhala Expansão aqui na Cidade.

A3: Na minha zona há problema de lixo faz quatro meses que não tiram na lixeira pelo concelho Municipal, falta de latrinas, na lixeira encontra vários tipos de lixos com fezes, xima dos dias anteriores só para citar alguns, tudo isso causando a doença a cólera, não é juntar o lixo da padaria Nampula com os dos outros bairros porque há-de provocar outras coisas, visto que est junção há-de provocar a cólera.

A1: Isto nos preocupa é que não tiram lixo, bebemos agua dos poços, visto alguns bairros passam meses sem sair agua nas torneiras, visto que existem locais onde somente colocaram sem sair nem sequer uma gota, como usamos água do poço e aquele lixo é arrastado pelas águas que bebemos sem tratar com certeza, como consequências bebemos água de caracata podre, outras coisas podres e FIPAG distribui água de qualidade, mas nós bebemos água mal conservada, mal tratada.

M: Quem já viu alguém com cólera?

A2: A minha esposa teve cólera, fazia vômitos, diarreias repetidas, como la na minha zona não há centro de Saúde nem chega carro somente táxi mota, havia lhe levado de Namiepa para o Hospital Central de Nampula, onde chegamos muito cansada ela e debilitada, mas o pior de tudo é que ela estava grávida de seis meses, não esperava que sair ileso e na minha casa não porque havia provocado por comida do dia anterior não! Ela ficou uma semana com pele e todo corpo seco e graças a Deus teve parto normal a criança está viva, até meus vizinhos tinham me acusado porque logo que saímos do hospital um deles começou e tendo alastrado para toda área tendo afectado 14 pessoas na área de Namiepe. Portanto se você quer saber mais acerca da cólera chega Namiepe vão bem detalhar.

H1: Eu não vou dizer que vi, mas sim ajudei um Tio meu que fazia diarreia e vômitos em trinta minutos não conseguia ficar de pé sozinha e as suas diarreias eram tão aguosas até o ponto de perder todo soro corporal, em casa já estava iniciar o filha que ajudou no momento de transferência de casa para o hospital, mas ela com a filha faleceram, mesmo com o tio estava ajudando a falecida acabou obitando e o meu Tio salvou. Por isso no caso registado

de cólera deve haver muito cuidado e precaução. Afastando as crianças no local de eclosão desta doença, para deixar os adultos que possam controlar.

A5: Esta quase chegar no seu período de eclosão, visto que inicia no período de mangas.

A1: Cólera aqui na cidade é um doença sazonal em que nós a população não sabemos a sua origem e havemos de acusar o governo, visto que acontece somente nas comunidades dos bairros da cidade, mas se formos a ver no centro da cidade nos prédios como há falta de higiene, casas ou prédios não pintados, blocos podres e ninguém adoece por esta doença e nos bairros há muitos casos deste mal. Nos locais onde há lixo temos muito cuidados mas mesmo assim há cólera, por exemplo no prédio Lopes há, blocos podres, muito lixo porém os residentes daquele prédio nunca tiveram cólera. Se questionamos assim Será que este bairro é somente do bairro não é da cidade? Ficamos sem saber porque é que este Moçambique os prédios estão muito sujos, mal conservados e as pessoas mais limpas são as do bairro do que as da cidade, porque são os donos que realizam as actividades. Nós somos informados com a saúde sobre os bons hábitos de higiene, temos feito, mesmo que não consigamos porem tentamos. Principalmente nós da comunidade muçulmana qualquer necessidade tanto maior como menor fizemos uma limpeza geral, é obrigatório cortar unhas na comunidade muçulmana, esta comunidade tem higiene como regra, um muçulmano prefere comprar água mineral para uso de higiene do que ficar ou entrar na mesquita sem faze-la visto que ninguém vai na oração sem estar limpo

M: Este é um problema muito sério, vocês costumam acompanhar tanto na rádio como na televisão de que bairros x já agrediram o secretário, o que é que vocês acham sobre isso?

A1: Isto parte nesta perspectiva anterior, ficamos sem saber como é possível num país como este que se delimita de norte ao sul como é que a doença abrange só no norte e sul não? Será que é Moçambique é um corpo humano que da cintura para baixo não abrange somente da cintura para cima? Se as pernas é que pisam o chão porque não adoecem as pernas também?

M: Então vocês chegam a conclusão de que o governo trás do sul?

A1: Não chegamos a conclusão por seguinte como o provérbio macua diz: Quando alguém perde um filho procura até nos sítios inapropriados. Mas de uma forma geral a população esta preocupado em saber como conseguir e como eliminar esta doença uma vez que abrange no tempo chuvoso, no tempo de mangas, havemos de eliminar esta doença.

M: Como é que podemos tratar alguém que está com esta doença. Apesar de falarem uma delas como o isolamento, prestar apoio para os doentes.

H6: Dar água, outros líquidos, lanhos, papinha de arroz.

10.3.2. Entrevistas

Entrevista de uma jovem do 18 anos de idade

Entrevistador: Ali vem escrito, sabes ler não? Declaração de consentimento informado, eu vou explicar como já tinha começado, o que estamos aqui para fazer, vamos investigar acerca das crenças sobre a origem da cólera, consentimento informado significa, ai por baixo, tem um local escrito assinatura do participante, quando você está a assinar é porque aceitou participar voluntariamente nesta pesquisa e foi explicada qual é o objectivo da pesquisa, eu estava a dizer que nos queremos saber as crenças sobre as origens da cólera aqui em Mutauanha, esse é o objectivo da nossa pesquisa, estamos a convidar para participar nesta pesquisa, não estamos a obrigar, então, significa que você não está proibida de desistir, depois desta entrevista, se nós precisarmos de ti, nós o grupo de pesquisa, somos quatro, podemos voltar a chamar-lhe. Ai por baixo podes assinar teu nome e a data de hoje. Vamos começar a nossa conversa ou pequena entrevista, não vamos levar muito tempo, primeiro, eu gostaria de saber, tu já ouviste falar alguma vez de cólera? Podes falar um pouco mais alto, esteja à vontade, fala a vontade, mais bem a vontade mesmo, já ouviste?

Entrevistada: Sim.

Entrevistador: o que sabes sobre a cólera, o que é a cólera? Ali onde ouviste, foi na televisão, na rádio, com amigos! O que disseram que é a cólera? Aprendeste que a cólera é o quê? Que a cólera é um carro? É uma mota? É marca de telefone? O quê que é a cólera? Não precisa se preocupar em arranjar palavras bonitas, embelezar palavras, fala a vontade, a tua maneira, não precisa se matar em procurar palavras bonitas, aquilo que tu sabes sobre a cólera, o que é cólera? Será que a cólera é marca de um carro?

Entrevistada: não.

Entrevistador: então o que é? O quê que tu achas que é a cólera? Tu nunca ouviste falar da cólera? Já?

Entrevistada: não.

Entrevistador: nunca ouviste falar sobre a cólera? Verdade? Nunca ouviste? Nem na rádio, nem na televisão, nem em casa, nem com amigas, sobre a cólera? Esteja a vontade para responder, aquilo que não sabes podes dizer que não sabes, ok! Nunca ouviste? Ou não estas a conseguir definir o que é a cólera? Mais já ouviste falar de cólera?

Entrevistada: sim.

Entrevistador: já! Como é que se apanha cólera? Fique a vontade para falar, fala! Como é que se apanha cólera? Exemplo, quem não dorme na rede mosquiteira pode apanhar malária, eu aprendi assim, já, como você acha que se apanha a cólera? Apanha-se através de quê? Não sabes? Ou estás com medo de falar? Não fica com medo, fala a vontade, eu sei que sabes no fundo, o quê que é a cólera, como se apanha, esteja a vontade para falar, ainda não falaste nada, fala-me la, eu quero ouvir aquilo que sabes sobre a cólera! Fala tudo que sabes sobre a cólera, o que tu já viste? Podes falar, tudo o que você sabe, qualquer coisa que você sabe sobre a cólera, fala, esteja a vontade, ensina-me aquilo que tu sabes, eu quero aprender contigo, és minha professora hoje, ensina-me sobre a cólera, qualquer coisa que tu sabes sobre a cólera, como é que se apanha, como é que se trata, o quê é que causa a cólera, como se previne, fala-me dessas coisas, não vais falar comigo, não vais me dizer nada? Ou não sabes nada sobre a cólera? É isso?

Entrevistada: não.

Entrevistador: não sabes nada sobre a cólera? Nunca ouviste falar de cólera? Desde, lá em casa, televisão, nunca ouviste?

Entrevistada: já ouvi.

Entrevistador: já! Então fala essas coisas que você ouviu, eu quero saber, eu quero saber aquilo que você ouviu, aquilo que você sabe sobre a cólera, o que é que ouviste acerca da cólera?

A: não pode brincar com água suja.

Entrevistador: porquê não pode brincar com água suja? Outra coisa, mesmo que não seja brincar com água suja, qual é outra coisa que você ouviu? Qual é a outra coisa que ouviste? Esteja a vontade, fala-me lá das coisas que tu ouviste sobre a cólera, como eu disse, quero aprender contigo, não vais me falar nada? Eu vim aqui para conversar contigo só e tu não queres conversar comigo, fala-me lá, quero aprender contigo sobre a cólera, qual é a outra coisa que ouviste sobre a cólera? Já ouviste que pessoas estragaram casa do secretário a dizer que ele é que está a distribuir cólera? Nunca ouviste isso?

Entrevistada: não.

Entrevistador: não ouviste outra coisa sobre cólera? Para além de brincar com água suja, só ouviste isso? Não ouviste outra coisa? Não ouviste nenhuma outra coisa? Ok, então podemos terminar nossa conversa? Não estás a falar nada, esteja a vontade para falar, eu quero ouvir de si, o que tu sabes sobre a cólera, cólera é uma doença não?

Entrevistada: sim.

Entrevistada: como é que se manifesta essa doença? Uma pessoa que tem cólera fica como? O que acontece com essa pessoa? Está bem, então podemos terminar nossa conversa? Ou tens alguma coisa mais para falar? Tens alguma coisa mais para falar? Ou não?

Entrevistada: não.

Entrevistador: Então terminamos.

Entrevista de um adulto de 29 anos de idade

Entrevistador: Meu irmão já ouviu falar de cólera?

Entrevistado: Sim já ouvi da Cólera na escola, na Rádio, na Televisão, nos jornais.

Entrevistador: Como definem a cólera?

Entrevistado: Dizem que é uma doença.

Entrevistador: Como é que essa água provoca? Tem algum bicho ou tem algo anormal?

Entrevistado: Ele provoca a doença por via de água, alimentos, e outros bens.

Entrevistador: Sabe Quais são as pessoas tem maior probabilidade a cólera? Ex: pessoas que não dormem dentro da rede mosquiteira tem maior facilidade em ser picada com mosquito e padecer de Malária.

Entrevistado: Sim são aquelas que não fazem uma boa higiene.

Entrevistador: Sabe Quais são as vias de transmissão da cólera?

Entrevistado: Sim! Beber água suja, não lavar mão antes de comer, depois usar a casa de banho.

Entrevistador: Sabe Qual é o micróbio que provoca a cólera?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: Quais são os factores de risco para a cólera?

Entrevistado: Sim! Por exemplo pessoas que não tem uma boa higiene, usar o mesmo balde para casa de banho, lavandaria, água de beber e da cozinha.

Entrevistador: Sabe Quais são as medidas individuais e colectivas de prevenção da cólera? **Entrevistado:** Não.

Entrevistador: Qual é a explicação da religião, cultura ou política sobre a cólera?

Entrevistado: Não

Entrevistador: Sabe o Que se faz quando alguém tem cólera?

- Em casa.

Entrevistado: Agua limpa, água de arroz, água de lanho são uma das coisas que devem ser feitas uma pessoa com diarreia e vómitos em casa a caminho do Hospital!

Entrevistador: Obrigado pela sua colaboração, termino por aqui, não sei se tem alguma questão, um acréscimo, critica?

Entrevistado: Somente lamentar existem alguns estudantes que saem mas não despedem-nos, isso é lamentável porque nós ajudamos a vocês e se vocês não agradassem que agente faz é triste e lamentavel.

Entrevista de Adulto de 33 Anos de idade

Entrevistador: já ouviu falar de cólera?

Entrevistado: Sim já ouvi na escola, na Rádio, na Televisão, nos jornais da Cólera que é uma doença.

Entrevistador: Como definem a cólera?

Entrevistado: Dizem que é uma doença transmitida por um bicho de nome vibria coleria.

Entrevistador: Como é que essa água provoca? Tem algum bicho ou tem algo anormal?

Entrevistado: Ele provoca a doença por via de água, alimentos, e outros bens.

Entrevistador: Sabe Quais são as pessoas tem maior probabilidade a cólera? Ex: pessoas que não dormem dentro da rede mosquiteira tem maior facilidade em ser picada com mosquito e padecer de Malária.

Entrevistado: Sim são aquelas que não fazem uma boa higiene.

Entrevistador: Sabe Quais são as vias de transmissão da cólera?

Entrevistado: Sim! Beber água suja, não lavar mão antes de comer, depois usar a casa de banho.

Entrevistador: Sabe Qual é o micróbio que provoca a cólera?

Entrevistado: Dizem que é vibria coleria.

Entrevistador: Quais são os factores de risco para a cólera?

Entrevistado: Sim! Por exemplo pessoas que não tem uma boa higiene, usar o mesmo balde para casa de banho, lavandaria, água de beber e da cozinha.

Entrevistador: Sabe Quais são as medidas individuais e colectivas de prevenção da cólera?

Entrevistado: Sim! Devemos evitar usando água suja, tapar e deixar nos recipientes limpos, deitar o lixo na cova, nos contentores de lixo, lavar os alimentos consumidos crus.

Entrevistador: Qual é a explicação da religião, cultura ou política sobre a cólera?

Entrevistado: Não existe nenhuma religião, partido, ou cultura que influência.

Entrevistador: Sabe o Que se faz quando alguém tem cólera?

- Em casa.

Entrevistado: Água limpa, água de arroz, água de lanho são uma das coisas que devem ser feitas uma pessoa com diarreia e vômitos em casa a caminho do Hospital!

Entrevistador: Obrigado pela sua colaboração, termino por aqui, não sei se tem alguma questão, um acréscimo, crítica?

Entrevistado: Não! Não tenho crítica, nem acréscimo. Muito obrigado.

Entrevista realizada com uma senhora dos 48 anos de idade

Entrevistador: Já ouviu falar de cólera?

Entrevistada: Sim, já ouvi falar de cólera, eu tinha uma cunhada, porem ela já faleceu. No entanto nós aqui em casa nunca tivemos a doença.

Entrevistador: Sabe Quais são as pessoas susceptível a cólera?

Entrevistada: Não sei! Mentir é muito perigoso. Nunca se diz algo que não se ouviu de outras fontes!

Entrevistador: Sabe Quais são as vias de transmissão da cólera?

Entrevistada: Não sei!

Entrevistador: Não! Se eu tivesse essa concepção não teria vindo aqui, mas vim ter consigo porquê sei que você sabe.

Entrevistada: Ah Não! Ter ou não essa concepção, Vocês quando sentados nos chamam de Gota. Você não há-de me enganar, aliás você também chama tua mãe de Gota, assim como teu pai você chama de Gota. Você não jura.

Entrevistador: Sabe Qual é o agente etiológico da cólera?

Entrevistada: Não!

Entrevistador: Sabe Quais são os factores de risco para a cólera?

Entrevistada: Não!

Entrevistador: Não, mãe fale daquilo que você sabe do seu passado. Peço para deixar este termo de Gota de lado.

Entrevistada: No passado não havia isso que esta acontecendo hoje, ora a vizinha não está mal, veja que esta com diarreia, ora ela está com vômitos. Nada! Só que actualmente está alarmando cada vez mais, Esta não é única, não é a segunda, nem a terceira e nós já estamos limitados, Como vamos prevenir? Governo não consegue, seria ele que podia mas não está

a conseguir, e nós que somos quaisquer como vamos prevenir? Papás nós que somos quaisquer pessoa hão-de controlar com atenção?

Entrevistador: Não mãe! Nós não viemos para lhe levar para a cadeia. Somente nós viemos para nos ensinar aquilo que você sabe sobre a doença de cólera.

Entrevistada: Ah eu já expliquei que não sei e não ouvi nada sobre está doença.

Entrevistador: Qual é a explicação da religião, cultura ou política sobre a cólera? Porque alguns dizem que é Governo que traz para diminuir a população, outros dizem que é Deus que trouxe para castigar o seu povo.

Entrevistada: Não sei! Não posso dizer que é Deus, nem é Governo, somente todos temos que analisar em comum.

Entrevistador: Há alguma explicação da religião, ou do partido sobre esta doença?

Entrevistada: Não! Desde o nosso passado havia religião sim, mas não havia a doença como esta abrangindo a todos actualmente. Havia religião cristã, mas a doença não havia, por isso não posso afirmar que a religião é que está agravando esta pandemia.

Entrevistador: Sabe quais são os primeiros cuidados que são prestados aos doentes? Por exemplo essa sua cunhada, sabe quais foram os primeiros cuidados, ou ajuda em casa dela?

Entrevistada: Ela em primeiro lugar não estava casada, ela é solteira, somente esta com os netos em casa dela, não provocou com o casamento? Não! Ela era uma idosa.

Entrevistador: Refiro me daquilo que se faz em casa de qualquer doente de cólera? Ou ela o que fez mesmo com os netos dela? Por exemplo lhe darem água?

Entrevistada: Água, Actualmente todos sabem que agua se ferve, ninguém que não sabe que água de beber se ferve, depois coloca se num piton e bebe. Você costuma ferver água coloca no congelador e usa para beber.

Entrevistador: E lá no hospital caminho, você havia acompanhado lá no hospital, pois não?

Entrevistada: Molha lá esse meu Neto, acho que está sentir calor, Peço para lhe molhar.

Entrevistador: Estava perguntando se sabe o que se faz no Hospital?

Entrevistada: Não sei! Mentir é muito perigoso. Nunca se diz algo que não se ouviu de outras fontes!

Entrevistador: Antes de terminar peço saber se tem algo para acrescentar ou perguntar.

Entrevistada: Não! Somente peço para responder as minhas questões.

Entrevistador: Obrigado Minha mãe.

Entrevista de uma senhora de 45 anos de idade

Entrevistador: Mãe Alice já ouviu falar de cólera?

Entrevistada: Sim, já ouvi falar de cólera, eu tenho uma cunhada (irmã do meu esposo) que teve a doença, depois levaram ao Hospital Central tentou se, mas não conseguiram e transferiram para aquele Hospital da Faina e graças a Deus ela melhorou, porém ela estava muito mal. No entanto nós aqui em casa nunca tivemos a doença.

Entrevistador: Sabe Quais são as pessoas susceptível a cólera?

Entrevistada: Não sei! Mentir é muito perigoso. Nunca se diz algo que não se ouviu de outras fontes!

Entrevistador: Sabe Quais são as vias de transmissão da cólera?

Entrevistada: Não sei meu filho! Somente você. Explique me meu filho. Quero saber como se apanha essa doença.

Entrevistador: Não, já referi de princípio, que não vim explicar acerca da doença mas vim aprender consigo. Eu não sei nada.

Entrevistada: Quer dizer nós idosos actualmente não sabemos nada!

Entrevistador: Não! Vocês é que sabem algum!

Entrevistada: Nós quando vos perguntamos ou aconselhamos, vocês nos chamam de velhota. Essas velhotas não prestam. Esta me impedir viver a vida. Tentamos aconselhar nossos filhos, explicamos que a vida deve ser vivida com cuidado. E ficamos com a nossa velhice, mas no futuro costumam ter aquilo que procuram. Até nos chamam de Gota.

Entrevistador: Não! Se eu tivesse essa concepção não teria vindo aqui, mas vim ter consigo porquê sei que você sabe.

Entrevistada: Ah Não! Ter ou não essa concepção, Vocês quando sentados nos chamam de Gota. Você não há-de me enganar, aliás você também chama tua mãe de Gota, assim como teu pai você chama de Gota. Você não jura.

Entrevistador: Sabe Qual é o agente etiológico da cólera?

Entrevistada: Não!

Entrevistador: Sabe Quais são os factores de risco para a cólera?

Entrevistada: Não!

Entrevistador: Sabe Quais são as medidas individuais e colectivas de prevenção da cólera?

Entrevistada: Não!

Entrevistador: Não, mãe fale daquilo que você sabe do seu passado. Peço para deixar este termo de Gota de lado.

Entrevistada: No passado não havia isso que esta acontecendo hoje, ora a vizinha não está mal, veja que esta com diarreia, ora ela está com vômitos. Nada! Só que actualmente está alarmando cada vez mais, Esta não é única, não é a segunda, nem a terceira e nós já estamos limitados, Como vamos prevenir? Governo não consegue, seria ele que podia mas não está a conseguir, e nós que somos quaisquer como vamos prevenir? Papá nós que somos quaisquer pessoa havemos de controlar com atenção? A última noticia que ouvi diz que há uma nova doença. Esta que está me fugindo. O cancro onde está vindo esta doença sabe? . O cancro não comentam com pessoas, nem com os terceiros, mas sim na televisão, qualquer pessoa que assiste costuma ver. Entre eles discutem sobre a origem desta doença. Outros dizem que vocês estão piorando, porque esta não escolhe ninguém. Mesmo que tente evitar há-de fazer até quando? Se se transmite por via ao hospital você basta ir ao hospital já é contaminado, Se é no curandeiro, basta adoecer e ser atendido com ele já contaminou, como vai se prevenir? Mas será que vem sem causa aparente? Papá será que você há-de viver e não contaminar? SIDA dizem que transmite se por contacto corpo com outro corpo, agora cancro como aparece? Eu não falo bem, mas falo a verdade, sei que a cadeia veio para o homem, não escolhe se é homem ou mulher. Se você acha que essa Gota não sabe falar vou lhe levar a cadeia pode faze-lo.

Entrevistador: Não mãe! Nós não viemos para lhe levar para a cadeia. Somente nós viemos para nos ensinar aquilo que você sabe sobre a doença de cólera.

Entrevistada: Ah eu já expliquei que não sei e não ouvi nada sobre está doença.

Entrevistador: Qual é a explicação da religião, cultura ou política sobre a cólera? Porque alguns dizem que é Governo que traz para diminuir a população, outros dizem que é Deus que trouxe para castigar o seu povo.

Entrevistada: Não sei! Não posso dizer que é Deus, nem é Governo, somente todos temos que analisar em comum.

Entrevistador: Há alguma explicação da religião, ou do partido sobre esta doença?

Entrevistada: Não! Minha religião não sou Muçulmano, cristão não sou, Desde o nosso passado havia religião sim, mas não havia a doença como esta abrangindo a todos

actualmente. Havia religião cristã, mas a doença não havia, por isso não posso afirmar a religião é que está agravando esta pandemia. Não quero mentir.

Entrevistador: Sabe quais são os primeiros cuidados que são prestados aos doentes? Por exemplo essa sua cunhada, sabe quais foram os primeiros cuidados, ou ajuda em casa dela?

Entrevistada: Ela em primeiro lugar não está casada, ela é solteira, somente esta com os netos em casa dela, não provocou com o casamento? Não! Ela é uma idosa.

Entrevistador: Refiro me daquilo que se faz em casa de qualquer doente de cólera? Ou ela o que fez mesmo com os netos dela? Por exemplo lhe darem água?

Entrevistada: Água, Actualmente todos sabem que agua se ferve, ninguém que não sabe que água de beber se ferve, depois coloca se num piton e bebe. Você costuma ferver coloca no congelador e usa para beber.

Entrevistador: E lá no hospital caminho, você havia acompanhado lá no hospital, pois não?

Entrevistada: Molha lá esse meu Neto, acho que está sentir calor, Peço para lhe molhar.

Entrevistador: Estava perguntando se sabe o que se faz no Hospital?

Entrevistada: Não sei! Mentir é muito perigoso. Nunca se diz algo que não se ouviu de outras fontes!

Entrevistador: Antes de terminar peço saber se tem algo para acrescentar ou perguntar.

Entrevistada: Não! Somente peço para responder as minhas questões.

Entrevistador: Obrigado Minha mãe.

Entrevista de um idoso de 59 anos

Entrevistador: Papa já ouviu falar de cólera?

Entrevistado: Sim já ouvi falar da Cólera. É uma doença que é provocada por falta de Higiene.

Entrevistador: Como é que essa doença provoca?

Entrevistado: Isso deriva da sujidade também do mau uso de muita das vezes das nossas casas de banho ou latrinas as vezes as defecações são descontroladas e com as moscas.

Entrevistador: Sabe Quais são as pessoas tem maior probabilidade a cólera? Que tem maior probabilidade ou está mais próxima em ter a doença?

Entrevistado: Ya! Mas dizer que em principio crianças dos zero ate aos mesmo dez bem como crianças ou meninos dos dez até aos quinze anos, são pessoas que muitas das vezes a cólera tem verificado isso tudo porque deriva como eu no principio disse por falta de responsabilidade da saúde, mal entender é de a lavar as mãos, lavar a roupa deriva isso com que origine a cólera, porque mãos sujas, comidas mal preparadas, mesmo com tendências de alteração dessa comida podridão no uso dessas comidas aparece a doença de cólera e quem sempre utiliza comidas estragadas ou mal preparadas ou mãos não lavadas é mais na idade infantil. Porque na idade ate dez anos até mesmo quinze anos quando digo são mais acelerados, mais ate quinze anos são ainda irresponsáveis em termos de utilização de comida utilização de casas de banho lavagem de roupa em suma a higiene, porque sem higiene deriva logo a cólera que aparece. Muitas das vezes tem sido por parte dos adultos.

Entrevistador: Sabe Quais são as vias de transmissão da cólera?

Entrevistado: Sim! Como dizia e por falta de não cumprir com as regras de higiene, porque muita das vezes você está a varrer dentro de uma casa o lixo que você tirou dali ou na lavagem dos pratos e toda sujidade esta a lançar de qualquer maneira não enterra ou se é coisa parece estar suja ou seca não queima muita das vezes com comidas estragadas então deriva a doença de cólera e para que você tenha a doença de cólera porque não respeitou as regras dos requisitos daquilo que eu disse. Pelo menos ver que a comida está estragada beber água tratada e quando não tratada é perigo de cólera e doenças diarreicas

e se você não segue com essas regras e muita das vezes é nossa teimosia que diz não pode usar a água não tratada ou não conservada

Entrevistador: Sabe Qual é o micróbio que provoca a cólera?

Entrevistado: Porque tira água do posso ou da torneira ou quando não tapa automaticamente moscas que saem na utilização de varias latrinas pode ele morrer ali e ter o vírus daquela mosca, consumiu entã causa a possibilidade de ter a diarreia logo consequentemente vai lhe alastrar em cólera.

Entrevistador: Sabe como podemos prevenir a doença da cólera?

Entrevistado: A doença da cólera tem que ser restritamente combatida por todos nós. Porque não podemos deixar somente para a saúde simplesmente saber como deve medicando alguém quando esta no hospital a primeira pessoa a controlar a cólera tem que ser a própria pessoa essa mesma que está em sua casa. Primeiro com a higiene restrita da casa onde essa pessoa morra, conseguindo sempre varrer dentro como varrer fora, limpar o lixo, cavar o chão e enterrar o lixo, mesmo comidas estragada ou que estão a caminho de podridão em vez de lançar de qualquer maneira ou pôr num lixo outro lixo carregar o tambor de Lixo é necessário que atinja ou siga as técnicas de cavar as covas enterrar aquele lixo da podridão. Com higiene e com comportamento respeitante para utilização de coisas estragadas podemos combater a cólera não no seu todo mas parcialmente levar algum tempo sem houver a doença.

Entrevistador: Sabe se existe algum partido, religião, cultura que pode influenciar sobre a cólera?

Entrevistado: Agora se partido existe talvez introduza a cólera no seio da população talvez clandestinamente sabendo com algumas pessoas no meu caso como não tenho tido elemento legal para dizer que vamos fazer aquilo ou isto.

Entrevistador: sabe o que se faz quando alguém tem esta doença em casa?

Entrevistado: Costuma se dar agua de lanho, papas de arroz e muitos outros líquidos mas preparando se para ir ao hospital.

Entrevistador: A caminho do hospital?

Entrevistado: Não sei o que se faz.

Entrevistador: Muito obrigado pela sua colaboração.



APPENDIX G:
Universidade Lúrio
Faculdade de Ciências de Saúde
Curso de Licenciatura em Optometria

Eficácia dos serviços de saúde visual no consultório de aulas práticas de optometria, Nampula, durante o ano de 2012 e primeiro semestre 2013.

Visual health services efficacy at Lurio University's optometry course practical classes, Nampula, Mozambique, January 2012 until June 2013.

Investigador principal: Sílvia Marcela Escobar Duran¹ (silmaesco@gmail.com)

Co-Investigadores: Ângela Joana Efécio², Hermenegildo Bartolomeu Jaime Fernando Tomo², Ramos António Manuel², Paulo Pires³, Sergio Latorre⁴.

Colaboradores: Isaura Dálva Brito Dos Santos⁵, Narguiss Bano Osumane, Yussufo Faque Biada

Índice

RESUMO 239

ABSTRACT 240

¹ Optometrista, Msc Saúde Ocupacional, Docente do Curso de Optometria, FCS, Universidade Lúrio.

² Licenciados em optometria, Assistentes Estagiários do Curso de optometria, FCS, Universidade Lúrio.

³ Médico Especialista em Medicina Familiar e Comunitaria, Docente Investigador, FCS, Universidade Lúrio.

⁴ Optometrista, Docente do Curso de Optometria, FCS, Universidade Lúrio.

⁵ Estudantes do curso de optometria, FCS, Universidade Lúrio.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE CONHECIMENTO	241
Investigabilidade do problema de conhecimento	241
Definição Conceptual e operacional do problema	241
OBJECTIVOS	242
Geral	242
Específicos	242
METODOLOGIA	242
Colheita de dados	242
RECURSOS	243
Materiais	243
Humanos	243
Interesse dos resultados	243
Plano de divulgação dos resultados	243
Nível de participação da comunidade	243
INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS	244
DISCUSSÃO	245
CONCLUSÃO	246
Bibliografia	247

RESUMO

Objetivos: avaliar a eficácia dos cuidados visuais prestados nos consultórios das aulas práticas de optometria da UniLúrio e se os pacientes efectuaram os devidos tratamentos e recomendações dadas pelos optometristas.

Metodologia: estudo qualitativo e quantitativo, descritivo, retrospectivo transversal realizado em Nampula, através de entrevistas telefónicas, por Docentes e estudantes devidamente formados, acompanhados por um supervisor. A análise dos dados foi feita com os programas informáticos QDA Miner, Epiinfo e Microsoft Excell.

Resultados: dos 190 pacientes entrevistados, 89% responderam que lhes foi explicado o seu diagnóstico, 42% referindo erro refractivo e 24% conjuntivite alérgica. A 41% dos pacientes foram prescritos óculos, a 23% fármacos oculares e óculos. 64% destes pacientes informaram que se sentiam melhor, 79% disseram que foi difícil o acesso aos meios terapêuticos e 62% não adquiriram os tratamentos por condições económicas de carência. 74% dos inquiridos pensam que o acesso aos serviços de saúde prestados em Moçambique é deficitário e 53% referem que o tempo e as listas de espera nos hospitais são muito longos. No que respeita o serviço prestado nas aulas práticas da Clínica de Optometria da Universidade Lúrio, 81% dos pacientes classifica-o como muito bom e 47% alegam que aquela deveria vender os óculos e fármacos de uso ocular a preços acessíveis para a população.

Conclusões: este estudo permite avaliar como os pacientes atendidos percebem a sua saúde visual, como procederam para obter as medicações prescritas e se efectuaram o tratamento da maneira recomendada, analisando os motivos e as barreiras que enfrentam em caso de incumprimento. Com base nestas conclusões estabelecemos uma estratégia para melhorar a eficiência dos serviços prestados no consultório de aulas práticas de optometria.

Divulgação: este estudo será divulgado através da publicação de um artigo em revista da especialidade, pela apresentação de um poster em seminário internacional e pela realização de palestras junto da comunidade local de Mutauanha, Nampula, que permitam melhorar a percepção dos pacientes sobre os serviços clínicos, o grau de adesão aos tratamentos prescritos e apoiar as comunidades a superar as dificuldades que enfrentam para efectuar os tratamentos recomendados.

Palavras-chave: serviços de saúde visual, tratamentos, medicações, adesão ao tratamento, Universidade Lúrio, Moçambique, Nampula

ABSTRACT

Objective: To determine the effectiveness of primary eye care services provided for the students and optometrist lectures as part of their academic curriculum at the University of Lurio. Additionally the study aims to analyse compliance and adherence of treatments and recommendations conducted by optometrist in the eye exam.

Methodology: The study was made in the city of Nampula through telephone interviews; this is a quantitative-qualitative, descriptive and retrospective study, and this study was working lecturers and students: the analysis was made by QDA, Epiinfo program and Microsoft software. **Results:** All of 190 patients was interviewed the 89% said that the optometrist explained their diagnosis, 42% were refractive error, 24% allergic conjunctivitis, the 41% if need to use spectacles, the 23% were told to buy ocular drugs and spectacles, the 64% said that to feel better with the treatment, the 79% said it was difficult to access or buy the treatment, the 62% said did not buy the treatments because don't have money or had low economic conditions, the 74% of people believed that not easy to have access to health services, and 53% say that too long time and waiting for the exam in the hospitals are very long, and the lists are so bigger, the 81% the patients said too the service into the practices classes in the optometry clinic of the University Lurio responded that it was very good, and 47% patients was spoken to the optometry clinic should sell glasses and ocular drugs with low prices for the population. **Conclusion:** This study was provide a better understanding of the perception that patients have of clinical services, the degree of adherence and response rates of prescribed treatments. Additionally analyze the reasons and barriers that patients face in the event of default. Also allowed to establish a strategy to improve the efficiency of services provided by optometrists. **Publication:** through a report, poster and seminars that allow a better comprehension of the perception that patients have clinical services, the degree of adherence to prescribed treatments and help communities overcome the difficulties in performing the recommended treatments.

Key words: Efficacy, visual health services, Ocular diseases, refractive errors, ocular treatment, University Lurio, Nampula, Mozambique.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE CONHECIMENTO

Tem sido frequente verificar, nas consultas de controlo feitas aos pacientes atendidos nos consultórios de aulas práticas da clínica de optometria da Universidade Lúrio, durante o primeiro semestre de 2013, o não cumprimento das prescrições, tanto medicamentosas como de correcções ópticas; por outro lado alguns pacientes não aparecem nas consultas de controlo.

O tema é relevante visto que muitos pacientes, seis meses depois da consulta deveriam voltar para o controlo, mas muitos deles não voltam ou por não terem comprado os óculos prescritos ou por não terem usado os fármacos recomendados. Também sempre que a um paciente é recomendado o uso de óculos, solicitamos que depois de os adquirir volte à consulta para avaliação da adaptação; quase 90% desses pacientes não voltam.

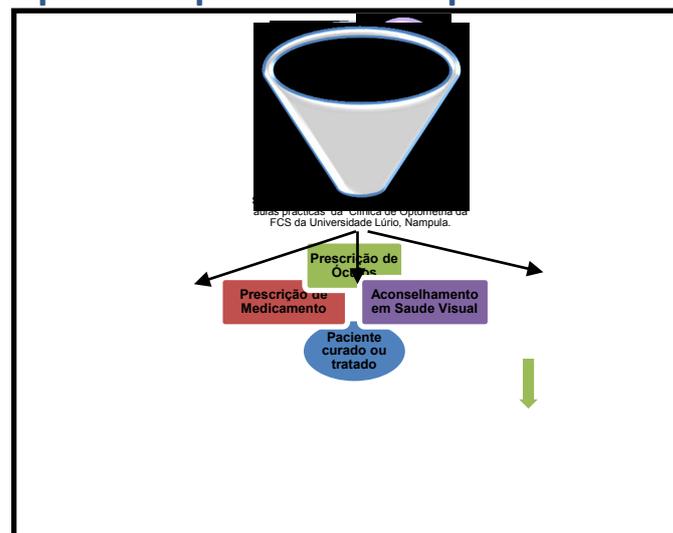
Como a maioria dos pacientes atendidos na clinica de Optometria são da comunidade de Mutauanha, pensa-se que essa população não terá condições de comprar os óculos, ou não terá condições de aderir aos fármacos a adquirir numa farmácia privada.

Assim o tema terá um impacto importante para os prestadores de serviços Optometristas tanto como para a população, revelando os motivos que levam ao não cumprimento das recomendações; seguidamente proporemos medidas para melhorar o nosso serviço de saúde visual na clinica de Optometria.

Investigabilidade do problema de conhecimento

Ainda não existem estudos realizados sobre a eficácia dos serviços prestados nos consultórios de aulas práticas da Clínica de Optometria da Universidade Lúrio, nem estudos relacionados com o tema em Moçambique. Escolheu-se este tema, visto que muitos pacientes referidos para o controlo visual não comparecem, ou por não terem cumprido com as recomendações feitas pelo Optometrista, ou por não terem condições para recorrer à consulta, ou por pensarem não necessitarem de voltar.

Definição Conceptual e operacional do problema



OBJECTIVOS

Geral

Avaliar a eficácia dos serviços de saúde visual prestados nos consultórios de aulas práticas da Clínica de Optometria, FCS - Universidade Lúrio, Nampula, durante o ano de 2012 e 1º semestre de 2013.

Específicos

- Avaliar o cumprimento das prescrições ópticas por parte dos pacientes.
- Avaliar o cumprimento dos tratamentos recomendados na Clínica de Optometria.
- Avaliar o nível de acesso aos serviços de saúde visual na Clínica de Optometria.
- Identificar as causas que influenciam o cumprimento das prescrições e dos tratamentos.

METODOLOGIA

Tipo de estudo: estudo de coorte transversal quanti-qualitativo, descritivo e retrospectivo.

População de estudo: pacientes que deram entrada nos consultórios das aulas práticas do Curso de Optometria, da FCS da Universidade Lúrio em Nampula, durante o ano de 2012 e primeiro semestre de 2013.

Universo do estudo: 1.200 pacientes que deram entrada nos consultórios de aulas práticas da Clínica de Optometria durante o ano de 2012 e 1º semestre de 2013.

Amostra: considerou-se a totalidade da população atendida no consultório das aulas práticas de Optometria durante o período referido (1.200 pacientes) para fazer a análise quantitativa. Para a fase de análise qualitativa participaram no estudo 191 pacientes que cumpriam os critérios de inclusão e que correspondem à nossa amostra.

Critérios de inclusão: pacientes que deram entrada no consultório das aulas práticas de optometria durante o ano de 2012 e primeiro semestre de 2013, independentemente da idade ou sexo, que assinaram o termo de consentimento informado e estavam dispostos a responder a entrevista telefónica. A inclusão dos pacientes dos tres semestres permitio uma maior amostra e consequentemente resultados mais fiáveis.

Critérios de exclusão: pacientes que não consentiram fazer parte do estudo e aqueles que embora disponíveis para participar tinham o telefone desligado ou fora do serviço no periodo destinado a entrevista telefónica.

Considerações éticas: o estudo cumpriu integralmente todas as orientações da Declaração de Helsínquia na sua revisão do ano de 2013, com o Compromisso Ético e de Ausência de Conflitos de Interesses assinado por todos os investigadores.

O questionário foi explicado pelo entrevistador aos participantes, referindo o tipo de informação a recolher e a sua utilidade para o estudo. Foram informados que a sua identidade não seria relacionada com a informação fornecida e que esta será utilizada para os fins do estudo. Igualmente foram informados que poderiam desistir do estudo a qualquer momento e que seriam tratados sem discriminação.

Os participantes não suportaram nenhum custo pela sua participação neste estudo, excepto o seu tempo. Não existio qualquer risco para o bem-estar físico, psicológico, social, económico ou político. A recolha de dados foi feita garantindo o anonimato dos participantes.

Colheita de dados

A avaliação dos pacientes foi realizada nos consultórios de aulas práticas do Curso de Optometria localizados na Universidade Lúrio, FCS em Nampula. As histórias clínicas foram introduzidas no programa Epiinfo⁶ para obter os resultados estatísticos e fazer a análise

⁶ <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/script/translations.aspx>

quantitativa; utilizou-se também o programa QDA miner⁷ para fazer a análise qualitativa dos aconselhamentos de saúde visual e tratamentos, com prescrições ópticas ou fármacos recomendados.

Posteriormente para a colheita de dados foram realizadas entrevistas, usando um telemóvel para fazer as ligações aos pacientes e um gravador; foram registados em papel os depoimentos das pessoas atendidas e foi feita uma análise dos dados no programa QDA para investigação qualitativa.

Fase 1: entrevistas estruturadas para os pacientes atendidos nos consultórios das aulas práticas da Clínica de Optometria da Universidade Lúrio, para as quais foram recolhidos os números de telefone nas fichas dos pacientes; os pacientes foram solicitados para responder a algumas perguntas acerca das prescrições e tratamentos recomendados na Clínica, por via telefónica.

Fase 2: depois de recolhidos os dados estes foram analisados e interpretados; seguidamente foram divulgados junto da comunidade local, através de reuniões efectuadas com as mesmas pessoas, para discutir os resultados obtidos e em conjunto tentar solucionar os problemas comuns.

RECURSOS

Materiais

Papel e canetas, impressão e reprodução, telefone móvel e crédito telefonico.

Humanos

Participaram 4 Docentes do Curso de Optometria, estudantes do 6^o semestre do Curso de Optometria do ano 2013.

Interesse dos resultados

Este estudo produziu novo conhecimento sobre os problemas oculares enfrentados pela população de Nampula e permitiu que o grupo de investigadores, em parceria com a comunidade, venha a criar soluções mais acessíveis, de modo a enfrentar as dificuldades a nível ocular de forma eficaz.

As práticas de saúde ocular estabelecidas pelo grupo de investigadores foram aplicadas pela comunidade partindo do seio familiar e de modo a consciencializar o maior número de famílias; finalmente os resultados da investigação foram usados como exemplo para outras comunidades, disseminados em palestras, com a participação do grupo de investigação e grupos de famílias que beneficiaram da acção.

Plano de divulgação dos resultados

A edição e apresentação do estudo utilizarão os programas Microsoft Word e Power Point, para a publicação de um artigo científico, intervenção em congresso internacional com Poster e apresentação dos resultados à comunidade local.

Nível de participação da comunidade

A participação da comunidade foi media alta (respostas às entrevistas e discussão de resultados e medidas) não tendo intervido na definição do estudo.

A comunidade participou também na fase de pré-teste das entrevistas. É de salientar que depois de recolhida e analisada a informação, se procedeu à realização de palestras, apoiadas pela exibição de *Poster*, visando solucionar aqueles problemas que a comunidade

7

apresentava; nesta fase foi necessária uma participação activa da população para colaborar no desenho e implementação das soluções dos problemas.

Assim a população foi envolvida na criação de projectos que visam melhorar o atendimento nos Consultórios das aulas práticas do Curso de Optometria na Universidade Lúrio.

INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

70% dos pacientes residem no bairro de Mutuanha, visto que os consultórios se localizam neste bairro e os estudantes da Faculdade realizam as actividades práticas do Programa Um-EF nesta comunidade; destes factos decorre a aderência massiva desta população.

Neste estudo 52% dos pacientes participantes são do sexo feminino.

Verificamos que dos pacientes que recorrem aos consultórios de optometria, 25% situam-se na faixa etária de 41-50 anos e 22% na dos 21-30 anos; todos os pacientes são estudantes ou trabalhadores.

A queixa mais referida pelos pacientes foi a visão desfocada, seja para longe ou perto (66%), seguida de sensação de corpo estranho (11%) e dor nos olhos (9%).

Quanto a diagnóstico refractivo, 53% tem Astigmatismo, 22% são Presbitas, 11% Emétopes, 9% Hipermétopes e 5% Miopes. O diagnóstico motor mais relevante foi a ortoforia (61%). No que se refere ao diagnóstico patológico, 25% apresentam pinguécua, 14% pterígio e suspeita de glaucoma e em menor percentagem outras doenças oculares. Os tratamentos recomendados foram a prescrição óptica ou óculos (33%), soluções lubrificantes (Hidroxipropilmetilcelulose, soro fisiológico, 22%) e 13% foram referidos aos exames especiais ou ao oftalmologista.

Dos 191 pacientes entrevistados, 80% referem que tinham recebido explicações sobre a condição que tinham e sobre os tratamentos ou recomendações que deviam seguir; os restantes 20% disseram que não tiveram informação e simplesmente receberam a receita de medicamentos.

Quanto às recomendações feitas pelo optometrista, 62% afirmam que as seguiram e compraram os medicamentos prescritos na consulta; os restantes 38% não seguiram as indicações e informaram que foi difícil o acesso aos medicamentos porque não tinham dinheiro para comprar os óculos e os medicamentos recomendados.

Nos casos em que os pacientes não cumpriram os tratamentos, foram feitas acções de sensibilização para maior aderência e melhoria do seu bem estar de saúde visual.

Não haverá uma repetição nos parágrafos seguintes???

Dos 190 pacientes entrevistados, 89% responderam que tinham recebido explicações sobre o seu diagnóstico e 11% responderam que não receberam explicações. Quanto aos diagnósticos referidos pelos optometristas, 42% tem Erro refractivo, 24% Conjuntivite alérgica, 21% com Erro refractivo e Conjuntivite alérgica concomitantes no mesmo paciente; 21% dos pacientes, no momento da entrevista, não se lembravam do seu diagnóstico.

Quanto às recomendações dos optometristas, 41% receberam uma prescrição de óculos, 23% foram orientados para adquirir fármacos oculares e óculos, 21% receberam uma receita de fármacos oculares antialérgicos e 15% foram referidos ao oftalmologista.

No que se refere à observância das recomendações, 60% dos pacientes disseram que seguiram as recomendações e destes pacientes 64% referem sentir-se melhor, 22% dizem que ficaram no mesmo estado e 14% pioraram; por outro lado, 40% dos pacientes não seguiram as recomendações prescritas.

Quando se perguntou se tinham acesso aos tratamentos, 79% responderam que foi difícil e 21% conseguiram adquirir os tratamentos; dos pacientes que referiram acesso difícil, 62% não compraram os tratamentos por carencias económicas, 21% disseram que os tratamentos não estavam disponíveis, 10% não pensaram que fosse importante a sua aquisição e 7% não responderam à pergunta.

Neste estudo 74% dos inquiridos pensam que não tem acesso aos serviços de saúde visual prestados em Moçambique e 26% dizem que tem acesso mas com limitações; analisadas estas limitações, 53% dos pacientes referem que o tempo e as listas de espera nos hospitais são muito longas, 24% dizem que há uma falta de conhecimento e informação por parte da população, 13% dizem que há uma falta de profissionais e os restantes 10% dizem que os hospitais prestam um mau serviço.

Quanto à qualidade do serviço prestado nas aulas práticas da Clínica de Optometria da Universidade Lúrio, 81% respondem que foi muito bom, 16% classificam o atendimento de bom e 3% dizem que o serviço foi regular; por outro lado, 47% destes pacientes pensam que a Clínica de Optometria deveria vender os óculos e fármacos de uso ocular a preços acessíveis para a população, 18% dizem que se deve diminuir o tempo das consultas, 11% que se deve fazer uma divulgação maior da Clínica e 16% diz que não se devia mudar nada.

DISCUSSÃO

Durante o período deste estudo verificou-se que muitos dos pacientes não voltavam para fazer uma consulta de controlo com objectivo de verificar o seu estado de saúde visual.

Durante as entrevistas concluímos que mais de 40% dos pacientes tinham recebido uma prescrição de óculos e gotas oftálmicas.

Podemos ainda verificar que desses 40% só um número muito reduzido de pacientes seguiu rigorosamente a prescrição, devido a limitações económicas como principal factor.

Ao longo das entrevistas muitos dos pacientes referiram que o atendimento do Consultório de Optometria era bom e que só deveria mudar em aspectos relacionados com a venda de óculos a preços mais acessíveis.

Constatamos assim que a população não adere aos tratamentos referindo que são muito caros ou de difícil acesso aqui na cidade de Nampula.

Esta é uma oportunidade para considerar estes aspectos por parte do Consultório de Optometria na UniLúrio, na medida em que não adianta prescrever se a população não aderir.

Como proposta pretendemos fazer uma campanha de educação para a saúde visual, destinada a demonstrar à mesma população como è essencial seguir completamente os tratamentos, apesar de caros, para prevenir a cegueira e reduzir o número de cegos em Mocambique.

Sabe-se que não e' fácil pois atendem-se pacientes de diferentes faixas etárias e diferentes condições económicas e das quais muitos saíram mais lesados.

Deveremos concentrar esforços e preparar um plano que satisfaça a população assim como a Clínica, na medida em que se um paciente segue a recomendação feita pelo Optometrista, será uma mais valia para o profissional de saúde responsável do atendimento, porque saberá que o serviço esta sendo bem feito.

Daqui surge a pergunta: será que os medicamentos oculares e os óculos são muito caros? Esta questão sugere uma nova investigação, tendo com alvo as Casas Comerciais Ópticas e as Farmácias para fazer o levantamento do preço dos mesmos.

CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que a maioria da população não vai ao controlo visual devido ao não cumprimento das recomendações feitas pelo Optometrista, resultante principal das limitações económicas que os pacientes encontram.

Este trabalho define medidas e estratégias que possam minimizar o não cumprimento das mesmas, visto que o bom trabalho do Optometrista perante o paciente se traduz por um paciente que sai da consulta satisfeito e com a promessa de cumprir o tratamento, para poder voltar e fazer o controlo periódico.

A maioria dos entrevistados respondeu que as pessoas tem um acesso difícil aos serviços visuais nos hospitais e centros de saúde por falta de informação, conhecimento e medo. Pretendemos assim desenvolver uma campanha de educação de saúde visual, para que a população que esteja mais distante do Consultório de Optometria na UniLúrio possa fazer as consultas periódicas em hospitais ou nos centros de saúde mais próximos.

Bibliografia deve ser normalizada, nome do autor, 1 a 3, se mais acrescentar "e col.", inicial maiuscula, letras seguintes minúsculas, seguido do nome do artigo, nome da edicao, cidade, pais, ano, pagina. Ou seguir normas de Vancouver.

Bibliografia

- BEERS, Merck et al. Manual de Merck. São Paulo: Roca, 2008
- BENJAMIM, William J. Clinical Refraction 2ªedição.Philadelphia: Butterworth: Hunemannofelsivier: 2006.
- FLETCHER, Robert H. Epidemiologia Clínica: Elementos essenciais.Porto – Alegre: Artimed. 1996.
- FILHO,WillsonJacob; GORRONI, Milton L. Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Roca.2008.
- GROSVENOR, Theodore.Optomètria de atenção primária.Barcelona:Mansson.2007.
- HALBON, Andresetal. Fundamentos de Epidemiologia. Madrid:Siglo.2007.
- JOSE, Newton Kara;ALMEIDA, Geraldo Vicente. Senilidade Ocular .São Paulo:Roca.2001.
- KANSKI,Jack J. Oftalmologia Clínica.São Paulo:Elsivier.2006.
- KELLER,Hellen.Cuidados Simples e tratamentos oculares para trabalhadores em saúde:New York H. K.Worldwide.2001.
- MAUSNER, Judiths; KRAMER,Shoa. Introdução a Epidemilogia. Lisboa: Fundação Calouste Culbenkian.2009.
- PLAPLER,Rubens. Conhecendo o olho. São Paulo: Nanole.2007.
- RUBIN,Emmanuel et al. Patologia: Bases Clínico Patológico da Medicina:Rio de Janeiro. Guanabara.2005.
- Rubin HJ, Rubin IS. Qualitative interviewing: the arte of hearing data. 2ª. Ed. Londres: Sage; 2004.
- WESLSBY,P.D.Historias e ExamesClinicos.Edinburgh: Churchill Livindstone.2002.
- Prevalência de transtornos oculares em população de idosos. Acessadoao 23 de Março de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
- www.ofthalmoclinica.wordpress.com
- www.economiadelasalude.com
- www.abp.nepo.Unicamp.br
- www.Scielo.org
- www.Moçaweb.com
- www.Psicologia.pt
- www.iese.ac.mz
- www.database.Sardc.net
- www.Copacabanarunners.net
- www.actamedicaportuguesa.com
- www.arquicosonline.com.br

Appendix H: What is Research Handout #1

Research consists of an investigation that:

- seeks answers to a question
- systematically uses a predefined set of procedures to answer the question
- collects evidence in order to answer a question
- produces findings that were not determined in advance
- produces findings that are applicable beyond the immediate boundaries of the study

"Good" vs. "Not so Good" Research

"Not so Good" Research	"Good" Research
<p>"Not so good" research has inaccurate data and inaccurate conclusions. This may be due to the following reasons:</p> <ul style="list-style-type: none"> - The researcher's is unwilling to consider evidence that contradicts her personal opinions. - The researcher uses inconsistent procedures with different participants or in different situations. - The researcher's sampling does not ensure that different people are represented. - The researcher's method of data collection leads to a particular type of answer. (A bias in the method.) - The researcher does not record and maintain the data properly. 	<p>"Good" research uses systematic procedures to collect and analyze data, which may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> - The researcher is open to new and unexpected findings. - The researcher uses a predefined set of procedures. - The researcher uses sampling techniques which ensure different people are represented. - The researcher uses different methods of data collection to see if they give the same answers (this is called "triangulation of data"). - The researcher records the data and keeps it in a safe and secure place.
<p>"Not so good" research does not follow ethical guidelines.</p>	<p>"Good" research follows ethical guidelines.</p>

What is Community Based Participatory Action Research. Handout #1

A collaborative approach to research that equitably involves all partners in the research process and recognizes the unique strengths that each brings. CBPR begins with a research topic of importance to the community and has the aim of combining knowledge with action and achieving social change... ~ Community Health Scholars Program

A abordagem colaborativa para a pesquisa que envolve equitativamente todos os parceiros no processo de pesquisa e reconhece as qualidades únicas que cada um traz. CBPR começa com um tema de pesquisa de importância para a comunidade e tem o objetivo de combinar o conhecimento com a ação e alcançar uma mudança social ...

CBPR has its roots in social and political movements of the 1940s, which saw a revitalization in the 1960s and 1970s. In the 1940s Kurt Lewin began talking about *action research* as a means to overcoming social inequalities; he also rejected the notion that in order for researchers to be “objective” they needed to remove themselves from the community of interest. Later writings by educator Paulo Freire in the 1970s brought to the fore issues of having communities identify their own problems and solutions.

The rationale for CBPR builds on this history. Below are reasons why more communities and researchers today are increasingly turning to CBPR approaches to research:

There is a growing recognition that “traditional” research approaches have failed to solve complex health disparities. Many research designs fail to incorporate multi-level explanations of health and the researchers themselves do not understand many of the social and economic complexities motivating individuals’ and families’ behaviors.

Community members themselves, weary of being “guinea pigs” are increasingly demanding that research address their locally identified needs. Traditional researchers often complain about challenges in trying to recruit “research subjects.” These challenges are often a result of community members feeling that researchers have used them and taken findings away for the researchers benefit (e.g., scholarly papers) but the community is left with no direct benefit.

Significant community involvement can lead to scientifically sound research. Researchers using participatory methods have found community input invaluable in the design and adaptation of research instruments to make the tools user friendly, applicable and culturally appropriate.

Research findings can be applied directly to develop interventions specific for communities. The specific outcome of CBPR research is not simply to find

answers to complex social questions but to have those results provide information that can be used by the community to develop its own solutions.

This approach to research has the potential to build greater trust and respect between researchers and communities. Trust and respect are two common reasons why individuals do not participate in research. If the research design and methods actively engage community members in an equitable manner, trust is likely to build.

Key Principles

Developing community-based partnerships that are successful in creating relationships and research initiatives that are locally relevant take time and patience. A number of authors have advanced principles for CBPR. Drawing on over a decade of experience, Barbara Israel and her colleagues have identified eight key principles of CBPR that support successful research partnerships and are widely cited.

These include:

- Recognizes community as a unit of identity
- Builds on strengths and resources within the community
- Facilitates collaborative partnerships in all phases of the research
- Integrates knowledge and action for mutual benefit of all partners
- Promotes a co-learning and empowering process that attends to social inequalities
- Involves a cyclical and iterative process
- Addresses health from both positive and ecological perspectives
- Disseminates findings and knowledge gained to all partners

While principles are a useful guide, they should not be imposed upon a project or partnership, and that they should be allowed to continually evolve to reflect changes in the research context, purpose and participants. The process of developing principles and making decisions about the partnership's characteristics is essential to building the infrastructure of the partnership.

CBPR tem suas raízes em movimentos sociais e políticos da década de 1940, que viu uma revitalização na década de 1960 e 1970. Na década de 1940 Kurt Lewin começou a falar sobre pesquisa-ação como um meio de superar as desigualdades sociais, ele também rejeitou a noção de que, para que pesquisadores para ser

"objetivo" que precisava retirar-se da comunidade de interesse. Escritos posteriores por educador Paulo Freire na década de 1970 trouxe a tona os problemas de ter as comunidades a identificar seus próprios problemas e soluções.

A justificativa para CBPR constrói sobre esta história. Abaixo são razões pelas quais mais comunidades e pesquisadores de hoje estão cada vez mais se voltando para CBPR abordagens para a pesquisa:

Há um crescente reconhecimento de que "tradicionais" abordagens de pesquisa não conseguiram resolver as disparidades de saúde complexos. Muitos projetos de pesquisa não conseguem incorporar multi-nível explicações de saúde e os próprios pesquisadores não entendem muitas das complexidades sociais e econômicas que suscitaram a indivíduos e famílias comportamentos.

Próprios membros da comunidade, cansado de ser "cobaias" são cada vez mais exigente que a pesquisa atender às suas necessidades identificadas localmente. Pesquisadores tradicionais queixam-se frequentemente sobre os desafios na tentativa de recrutar "sujeitos de pesquisa." Estes desafios são muitas vezes resultado de membros da comunidade sentir que os pesquisadores tenham utilizado e as conclusões tiradas para o benefício pesquisadores (por exemplo, trabalhos acadêmicos), mas a comunidade fica com nenhum benefício direto.

Envolvimento da comunidade significativa pode levar a cientificamente pesquisa. Os pesquisadores utilizam métodos participativos têm encontrado inestimável contribuição da comunidade na concepção e adaptação de instrumentos de pesquisa para fazer o usuário amigável ferramentas, aplicáveis e culturalmente apropriada.

Os resultados da pesquisa podem ser aplicados diretamente para o desenvolvimento de intervenções específicas para as comunidades. O resultado específico de investigação CBPR não é simplesmente para encontrar respostas para as questões sociais complexas, mas para ter esses resultados fornecem informações que podem ser utilizados pela comunidade para desenvolver as suas próprias soluções.

Essa abordagem de pesquisa tem o potencial de construir uma maior confiança e respeito entre pesquisadores e comunidades. Confiança e respeito são duas razões comuns para os indivíduos não participam de pesquisa. Se o projeto de pesquisa e métodos de se engajar ativamente os membros da comunidade de uma forma equitativa, a confiança tende a construir.

Princípios fundamentais

Desenvolvimento de parcerias baseadas na comunidade que são bem sucedidos na criação de relações e iniciativas de investigação que são localmente relevantes momento, tomar e paciência. Vários autores têm princípios avançados para CBPR. Baseando-se em mais de uma década de experiência, Barbara Israel e

seus colegas identificaram oito princípios fundamentais da CBPR que as parcerias de sucesso de pesquisa e de apoio são amplamente citados.

Estes incluem:

- Reconhece comunidade como uma unidade de identidade
- Baseia-se forças e recursos dentro da comunidade
- Facilita parcerias de colaboração em todas as fases da pesquisa
- Integra o conhecimento e ação para o benefício mútuo de todos os parceiros
- Promove um processo de co-aprendizagem e capacitação que atende às desigualdades sociais
- Envolve um processo cíclico e iterativo
- Endereços de saúde de ambas as perspectivas positivas e ecológica
- Divulga resultados e conhecimentos adquiridos a todos os parceiros

Enquanto os princípios são um guia útil, não deve ser imposta a um projeto ou parceria, e que eles devem ser autorizados a evoluir continuamente para refletir as mudanças no contexto fins de pesquisa, e os participantes. O processo de desenvolvimento de princípios e tomada de decisões sobre as características da parceria é essencial para a construção da infra-estrutura da parceria

What is a Community? Handout (English)

For those of us who work in community health and development, it's important to understand community -- what a community is, and the specific nature of the communities we work in. Anything we do in a community requires us to be familiar with its people, its issues, and its history. Carrying out an intervention or building a coalition are far more

likely to be successful if they are informed by the culture of the community and an understanding of the relationships among individuals and groups within it.

Taking the time and effort to understand your community well before embarking on a community effort will pay off in the long term. A good way to accomplish that is to create a community description -- a record of your exploration and findings. It's a good way to gain a comprehensive overview of the community -- what it is now, what it's been in the past, and what it could be in the future. In this section, we'll discuss how you might approach examining the community in some detail and setting down your findings in a community description.

While we traditionally think of a community as the people in a given geographical location, the word can really refer to any group sharing something in common. This may refer to smaller geographic areas -- a neighborhood, a housing project or development, a rural area -- or to a number of other possible communities within a larger, geographically-defined community. These are often defined by race or ethnicity, professional or economic ties, religion, culture, or shared background or interest:

http://ctb.ku.edu/en/tablecontents/sub_section_main_1020.aspx

O que é uma comunidade? Handout (Portuguese)

Para aqueles de nós que trabalhamos na área da saúde e desenvolvimento comunitário, é importante compreender comunidade - que é uma comunidade, e da natureza específica das comunidades que trabalham dentro Tudo o que fazemos em uma comunidade obriga-nos a estar familiarizado com o seu povo, seus problemas, e sua história.

Realização de uma intervenção ou construção de uma coalizão são muito mais propensos a ser bem sucedida se forem informadas pela cultura da comunidade e uma compreensão das relações entre os indivíduos e grupos dentro dela.

Tomando o tempo e esforço para entender sua comunidade bem antes de embarcar em um esforço da comunidade vai pagar no longo prazo. Uma boa maneira de conseguir isso é criar uma descrição da comunidade - um registro de sua exploração e descobertas. É uma boa maneira de obter uma visão abrangente da comunidade - o que é, agora, o que tem sido no passado, e que poderia ser no futuro. Nesta seção, vamos discutir como você pode abordar examinar a comunidade em alguns detalhes e estabelecendo suas descobertas em uma descrição da comunidade.

Enquanto nós tradicionalmente pensar de uma comunidade como as pessoas em uma determinada localização geográfica, a palavra pode realmente se referir a qualquer grupo compartilhando algo em comum. Isto pode se referir a pequenas áreas geográficas - um bairro, um projeto de habitação ou de desenvolvimento, uma área rural - ou a uma série de outras comunidades possíveis dentro de uma comunidade maior, geograficamente definida. Estes são muitas vezes definidas pela raça ou etnia, laços profissionais ou econômicas, religião, cultura ou origem comum ou interesse:

http://ctb.ku.edu/en/tablecontents/sub_section_main_1020.aspx

Introduction to Research Ethics: Handout #1

Fundamental Principles of Research Ethics¹	
<p>Respect for persons</p> 	<p>Respect for persons entails respecting the dignity of research participants and ensuring their autonomy. In cases where autonomy may be diminished, people should be protected from any exploitation that results due to their vulnerability. This principle is important because adherence to it entails that people will not be merely a means to achieve the research objectives.</p>
<p>Beneficence</p> 	<p>Beneficence requires a commitment to minimizing the risks associated with research, including psychological and social risks, and maximizing the benefits that accrue to research participants. Researchers must articulate specific ways this will be achieved.</p>
<p>Justice</p> 	<p>Justice requires a commitment to ensuring a fair distribution of the risks and benefits of research. Research participants should share in the benefits of the knowledge gained. Therefore, the research participants should be people who are expected to benefit from the knowledge gained through the study.</p>
<p>Respect for communities</p> 	<p>Respect for communities means that researchers must respect the values of the community involved in the research and protect the community from harm. This is very important in research which requires community-wide knowledge, values, and relationships and, thus, the community may be impacted by the research process or its outcomes.</p>

¹ Definitions taken from Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2005). *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*. Family Health International. Available online at http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/booksReports/QRM_datacoll.htm.

Introduction to Research Ethics: Handout #2

General Ethical Guidelines for Research

Confidentiality: It is very important to ensure the confidentiality of participants in a research study at all times. Identifying information should not be used when discussing results with anyone, including other researchers. This holds true even when sharing anecdotes or statements that seem inconsequential. When storing data or discussing the results of a study, care should be taken to eliminate names and other identifying information. Before any research study is undertaken, it is imperative to discuss how the confidentiality of participants will be maintained.

Informed voluntary consent: It is imperative to ensure that participants understand the implications of participating in a research study so that they are able to make an informed decision about whether or not they would like to participate in a study. This entails ensuring that participants understand the purpose of the research, what is expected of them, the expected risks and benefits, and that participation is voluntary.

Right to refuse or withdraw at any time: It is imperative that participants have the right to refuse to participate in the study or withdraw at any time without any negative repercussions.

Reporting back: It is important that participants be given access to the findings of the study once data analysis is completed. This will allow them to see how their data is being represented and gain from the findings of the study.

Special consideration for vulnerable groups: Some groups are traditionally considered vulnerable research participants. They include minors, pregnant women, and persons with mental disabilities. Other groups such as people without literacy, those with limited economic resources, and women who do not have decision-making power regarding their participation in a study may also be vulnerable. Vulnerable persons can still participate in a research study; however, they need special protections.

Shallwani & Mohammed, 2007 CBPR Training Manual

Introduction to Participation: Handout

Ladder of Participation³

Self-Motivated Community Action: Ideas come from the community, the community does their own research, and the community mobilizes their own funds for their own plans.

Supporting Independent Community Interests: Local groups or organizations are offered funds, advice or other support to develop their own agendas within guidelines.

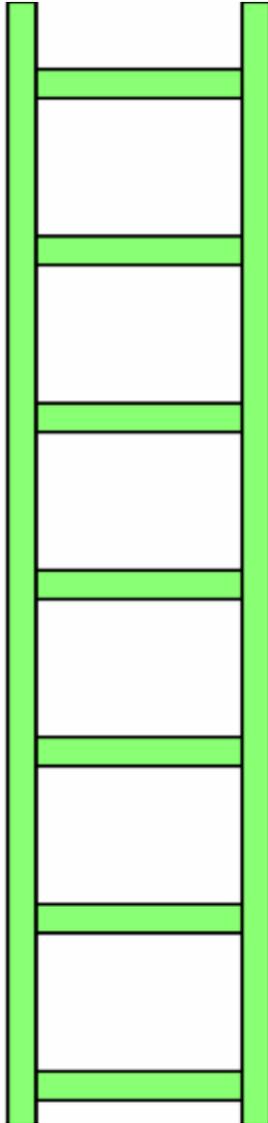
Acting Together: Different parties join together to decide what is best, and form a partnership to carry it out.

Deciding Together: Encouraging additional options and ideas, and providing opportunities for joint decision-making.

Consultation: Offering some options, listening to feedback, but not allowing new ideas.

Information: Merely telling people what is planned.

³ Adapted from Wilcox, D. (1994). *The Guide to Effective Participation*, Partnership Books: Brighton. Available online at <http://www.partnerships.org.uk/guide/index.htm>.



Self-Motivated Community Action:

Ideas come from the community, the community does their own research, and the community mobilizes their own funds for their own plans.

Supporting Independent Community Interests:

Local groups or organizations are offered funds, advice or other support to develop their own agendas within guidelines.

Acting Together:

Different parties join together to decide what is best, and form a partnership to carry it out.

Deciding Together:

Encouraging additional options and ideas, and providing opportunities for joint decision-making.

Consultation:

Offering some options, listening to feedback, but not allowing new ideas.

Information:

Merely telling people what is planned.