

Alledaagse gezondheidsproblemen bij zeer jonge kinderen in Noordoost Brazilië

Interviews met moeders over gezondheid, ziekte en genezing

Marijke Stegeman

In een kleine stad in noordoost Brazilië is gedurende twee jaar een longitudinale studie uitgevoerd naar gezondheid, voeding en zorg bij een geboorte cohort van 87 kinderen. Bij het onderzoek werd het verzamelen van kwantitatieve gegevens over de kinderen gecombineerd met een kwalitatieve antropologische benadering. In dit artikel staan de resultaten over preventie en behandeling van ziekte. De studie laat zien dat jonge kinderen heel vaak ziek zijn. Meestal gaat het om diarree of luchtweginfecties. Bij ziekte krijgen de kinderen vaak huismiddelen en geneesmiddelen. Zowel gezondheidswerkers als verkopers in de apotheek schrijven vaak medicijnen voor. In aanmerking genomen dat de kinderen meestal niet ernstig ziek zijn, ligt het gebruik van antibiotica erg hoog. Enkele suggesties worden gedaan om tot een meer rationeel gebruik van geneesmiddelen te komen.

[kinderziekten, geneesmiddelengebruik, Brazilië]

In verklaringen voor hoge ziekte en sterfte onder jonge kinderen wordt gewoonlijk gewezen op sociaal-economische factoren zoals laag inkomen, weinig onderwijs en onvoldoende toegang tot goede gezondheidsvoorzieningen. Hierover is een groot aantal kwantitatieve gegevens beschikbaar. Daarnaast zijn er veel antropologische studies verricht naar problemen bij jonge kinderen, zoals onderzoek naar de visie van moeders over oorzaken en behandeling van diarree. Beide soorten onderzoek hebben voor- en nadelen. Epidemiologische studies bieden de mogelijkheid gegevens te verzamelen over een grote groep kinderen, maar geven meestal weinig handvatten over de manier waarop men de gegevens moet interpreteren. Antropologische studies beslaan nogal eens een erg klein gebied en bieden soms geen gegevens over veranderingen die er in de loop der tijd optreden.

Het hier beschreven onderzoek naar ziekten bij jonge kinderen is een combinatie van beide typen onderzoek. Het beoogt inzicht te geven in de omvang van problemen, aan te geven of er veranderingen in de tijd zijn en in te gaan op de achterliggende factoren. Hiermee wordt een poging gedaan antropologie en epidemiologie dichter bij elkaar te brengen. Het onderzoek maakt deel uit van een twee jaar durende longitudinale studie naar gezondheid, voeding en zorg bij jonge kinderen in Noordoost-Brazilië. De centrale

vraag is op welke wijze en onder welke omstandigheden jonge kinderen zich gedurende hun eerste twee levensjaren ontwikkelen. Omdat de meeste kinderen opgroeien in arme, soms zelfs heel arme gezinnen, betekende deze vraag nogal eens: Met welk kunst en vliegwerk krijgt de moeder het voor elkaar haar kinderen te voeden en te verzorgen? Nagegaan wordt of groei en ontwikkeling volgens het te verwachten patroon verlopen, en zo niet, welke redenen hiervoor aan te wijzen zijn. De zorg van moeders voor hun kinderen neemt hierbij een centrale plaats in: welke voeding krijgen de kinderen, wat doen de moeders om de kinderen gezond te houden en wat doen zij wanneer hun kind ziek wordt? Ook wordt nagegaan hoe moeders tot bepaalde beslissingen omtrent voeding en medicijnen komen en wie de belangrijkste raadgevers hierbij zijn.

Setting

Het onderzoek naar alledaagse problemen van jonge kinderen vond plaats van oktober 1993 tot december 1995 in Flor do Mar (een pseudoniem), in de noordoostelijke staat Ceará. De stad heeft rond de 50.000 inwoners en is gelegen op ongeveer 350 km afstand van Fortaleza, de hoofdstad van de staat. Visserij en handel vormen de belangrijkste middelen van bestaan. De meeste huishoudens beschikken niet over een vaste bron van inkomsten maar zijn aangewezen op losse arbeid, meestal die van de man. Het gemiddelde inkomen in Flor do Mar is laag: van de economisch actieve mensen had in 1992 de helft de beschikking over één of minder dan één minimumsalaris van om en nabij de 50 Amerikaanse dollar per maand (Iplance 1992). Desondanks lukt het de meeste gezinnen wel om iedere dag over het basisvoedsel, rijst en bonen, te beschikken. Er bestaat een typisch Braziliaans woord voor de manier waarop men dit voor elkaar krijgt: men doet een 'jeitinho' (trucje), hetgeen een betaald klusje kan betekenen dan wel het lenen van geld van de familie of het op de pof kopen.

Flor do Mar is, ondanks de geringe bestaansmogelijkheden buiten de visserij, een snel groeiende stad. De groei is met 5% per jaar groter dan op basis van de gemiddelde tendens tot urbanisatie in Ceará mag worden verwacht (Iplance 1992). Het Noordoosten van Brazilië wordt gekenmerkt door cyclische periodes van extreme droogte. De ongunstige klimatologische omstandigheden vormen, in samenhang met de veranderende productieverhoudingen op het platteland waarbij de oorspronkelijke pacht vervangen wordt door salaris (Wood & Carvalho 1988), een aanleiding tot urbanisatie. De snelle groei van de stad en de geringe mogelijkheden tot vast werk bepalen het straatbeeld. De meeste huizen, vooral in de perifere wijken, zijn klein en van niet al te goede kwaliteit, hoewel zeker niet van krottenwijken kan worden gesproken.

Het schoolbezoek in Flor do Mar is in verhouding met de rest van de staat Ceará laag. Slechts iets minder dan de helft van de kinderen in de leeftijd van 7 tot 14 jaar gaat naar school, terwijl dit cijfer voor de hele staat 73% bedraagt (Iplance 1992).

De staat Ceará voert een actief beleid op het gebied van de gezondheid, met name voor jonge kinderen. Het programma '*Viva Criança*' (leve het kind), dat zich richt op het bevorderen van borstvoeding, op het begeleiden van de groei en ontwikkeling van jonge kinderen, alsmede op het bestrijden van diarree en luchtwegeninfecties, wordt

vaak als voorbeeld voor andere staten gesteld. Ziekte en sterfte onder jonge kinderen zijn sinds de start van dit programma afgenomen. Voorts heeft de staat een aantal dorps- of wijkgezondheidswerksters in dienst, die vooral onder arme bevolkingsgroepen werken en zich richten op preventie. Een dergelijk programma is uniek voor Brazilië en het wordt als succesvol beschouwd.

Ook Flor do Mar heeft een dertigtal wijkgezondheidswerksters. Daarnaast bestaat er een vrij uitgebreid net van institutionele voorzieningen. Er zijn twee kleine ziekenhuizen met chirurgische faciliteiten en een aantal gezondheidsposten van de staat en de gemeente, waar ambulante curatieve zorg en preventieve zorg wordt geboden. Daarnaast zijn er private voorzieningen: artsen met een privé-praktijk of in dienst van een visserijbedrijf, alsmede een groot aantal apotheken. Naast dit officiële circuit bestaat er een omvangrijk niet-officieel circuit van zorgverleners. De gebedsgenezers, die vrijwel in ieder straatblok is te vinden, neemt hierbinnen de belangrijkste plaats in.

Onderzoeksmethode

De studiegroep bestaat uit kinderen die in oktober 1993 geboren werden in en vlak bij de stad. Voor de hele gemeente werden 120 geboortecertificaten van de maand oktober, afkomstig van de ziekenhuizen en van de wijkgezondheidswerksters, verzameld. Zeven kinderen die in oktober werden geboren maar waarvan de geboorte niet werd geregistreerd, werden op aanwijzing van burens ontdekt. Ter controle werd in een wijk huis aan huis bezoek verricht, hetgeen geen verdere geboorten opleverde. Van dit totale aantal van 127 kinderen woonden er 81 (63,8%) in de stad en 46 (36,2%) op het platteland. Naar schatting bestaat er hierbij een ondervertegenwoordiging van het platteland in verband met sub-registratie.

Omdat de ver buiten de stad wonende kinderen niet konden worden bezocht, bestaat de uiteindelijke studiegroep uit 87 baby's: 72 baby's uit de stad (90% van het totaal, de overigen konden niet worden gelokaliseerd), 13 baby's uit de directe omgeving van de stad (100%) en twee baby's uit wat verder afgelegen dorpen. De moeders van deze kinderen werden voor het eerst bezocht in de periode november-december 1993, toen hun kind ongeveer een maand oud was. Aan de hand van een vragenlijst met gedeeltelijk open en gedeeltelijk gesloten vragen vond een interview met de moeder of verzorger plaats over de voeding en gezondheid van de baby's en over de factoren die hiermee in verband staan. Iedere zes maanden volgde een follow-up gesprek met de moeders; het laatste gesprek vond plaats in december 1995, toen de kinderen ruim twee jaar oud waren. De gesprekken duurden meestal ruim een uur en af en toe kwamen ook allerlei andere zaken in het leven van de moeders aan de orde.

Van de oorspronkelijke studiegroep van 87 kinderen, waren er aan het eind van het onderzoek nog 65 te lokaliseren. Acht kinderen waren overleden, allemaal in de eerste zes levensmaanden. Elf kinderen waren volgens de burens naar buiten de stad verhuisd en drie kinderen waren niet meer te vinden.

Resultaten

Kenmerken van het huishouden

Het gezin waarin de onderzochte kinderen opgroeien is, overeenkomstig met de hierboven beschreven setting, over het algemeen arm. Slechts 20% van de huizen is aangesloten op waterleiding en riolering. Bijna een derde van de gezinnen is afhankelijk van de visserij. Er zijn weinig andere mogelijkheden voor een min of meer vast inkomen: ruim 40% van de huishoudens is aangewezen op los dag- of weekwerk. De bijdrage van de vrouw aan het gezinsinkomen is meestal gering; slechts 20% van de vrouwen had een eigen bron van inkomsten voor zij in 1993 hun kind kregen. In mei 1994, toen de kinderen ruim een half jaar waren, was dit percentage tot 10 gedaald. Toen de kinderen wat ouder werden, gingen weer iets meer moeders werken, maar in de hele periode van onderzoek heeft het percentage moeders met een eigen inkomen nooit boven de 20 gelegen.

Het opleidingsniveau van de vaders en de moeders van de kinderen is laag. Ruim de helft van de moeders en meer dan 60% van de vaders heeft minder dan twee jaar basisonderwijs. Slechts tien procent van de ouders voltooide de lagere schoolopleiding.

Verreweg de meeste moeders zijn getrouwd of wonen samen. Van de 87 moeders uit de eerste periode van onderzoek zijn er 13 alleenstaand. Slechts twee van deze moeders krijgen financiële ondersteuning van de vader. Meestal dragen echter de grootouders van vaderskant op de een of andere wijze wel iets bij voor de baby. Aan het begin van het onderzoek woont ruim tweederde van de moeders samen met haar man, de baby en eventueel andere kinderen. Twee vrouwen wonen alleen met hun kind en de overigen wonen bij hun ouders of schoonouders. Het gemiddeld aantal personen per huishouding bedraagt 5,8. In de loop van het onderzoek treden in dit patroon slechts geringe verschuivingen op. Ook bij de vrouwen die alleen of in een nucleair gezin wonen, zijn de ouders of de schoonouders vaak dicht in de buurt. Zij spelen een belangrijke rol bij de zorg voor kleine kinderen. In de tijd tussen de onderzoeksperiodes treden enkele verschuivingen in de relaties met partners op, met als resultaat dat het totaal aantal alleenstaanden iets groter wordt.

De moeders van de kinderen uit de studiegroep zijn over het algemeen jong; ruim een kwart van de vrouwen is jonger dan 20 en tweederde van de vrouwen is jonger dan 25, met een gemiddelde van 23 jaar. Voor bijna een derde van de vrouwen is dit de eerste zwangerschap. Voor ruim de helft van de vrouwen betreft het de tweede, derde of vierde zwangerschap en voor rond de 15% de zesde of volgende zwangerschap.

Preventie van ziekten

Het is niet altijd gemakkelijk preventie ter sprake te brengen. In eerste instantie is het antwoord op de vraag wat de moeders doen om ziekte te voorkomen nogal eens: "Niets". In de loop van het gesprek blijkt dan dat moeders vooral beklemtonen dat het kind schoon moet blijven. Het is ook beter stof van de straat en de hete zon te vermijden. Het veelvuldig baden van de kinderen heeft wellicht geen directe invloed op het vermij-

den van ziekten. Het is wel een uiting van zorg. Dit biedt in het algemeen een zekere preventie tegen ziekte (Myntti 1993).

Slechts zelden vertellen de moeders dat zij bepaalde voeding geven of juist niet geven om ziekte tegen te gaan. Als het kind eenmaal ziek is volgen de moeders wel bepaalde dieetvoorschriften. Bij diarree bijvoorbeeld moet je volgens de moeders bonen vermijden en honing of thee geven. Men zou dit een vorm van secundaire preventie kunnen noemen.

Veel jonge kinderen dragen een rood armbandje dat bescherming biedt tegen het kwade oog. Ook het binnenhouden van de kinderen kan hiertegen helpen. Volledige bescherming bestaat echter niet. Een moeder vertelt dat zij bang is dat zij zelf, ongewild, het kwade oog over haar kind heeft uitgestoten. Het kind heeft groene diarree gehad, maar is gelukkig na een bezoek aan de gebedsgenezers weer beter geworden.

Een vorm van preventie die de meeste moeders kennen en die alle moeders aanwenden is vaccinatie. Op de leeftijd van ruim een jaar was 70% van de kinderen volledig gevaccineerd, aantoonbaar op de kaart. Na twee jaar was dit percentage opgelopen tot 80%. Op twee kinderen na hadden alle kinderen minstens eenmaal een anti-polio vaccin gehad. Op de vraag waarom het kind niet alle vaccins gekregen heeft, is het antwoord meestal dat het kind op de afgesproken dag ziek was.

Ziekte-episoden

Hoewel de moeders vage ideeën hebben over preventie van ziekten en deze min of meer consequent toepassen, heeft dit niet veel gebaat. De kinderen uit de onderzoeksgroep zijn heel vaak ziek tijdens hun eerste twee levensjaren. Tabel 1 laat zien dat geen enkel kind nooit ziek is geweest in de twee weken voorafgaande aan het gesprek met de moeders. Een opvallend groot deel was twee, drie of zelfs vier keer ziek. Meestal gaat het hierbij echter niet om een ernstige ziekte.

Tabel 1 Optreden van ziekte in de twee weken voorafgaand aan het gesprek

<i>aantal keer</i>	<i>ziek</i>	<i>diarree</i>	<i>luchtweginfectie</i>
nooit	--	24	6
1 keer	3	25	20
2 keer	18	11	25
3 keer	18	3	13
4 keer	19	2	--
5 keer	7	--	1
totaal*	65	65	65

* Aantal kinderen dat aan eind van onderzoek nog deelnam

In tabel 2 worden de gegevens op een wat andere manier gepresenteerd. Per onderzoeksfase wordt aangegeven hoeveel kinderen ziek waren in de twee weken voorafgaand aan het interview, en of het om een luchtweginfectie of diarree ging.

Tabel 2 Frequentie van ziekten in de twee weken voor het interview; per onderzoeksfase

	nov. '93	mei '94	nov. '94	mei '95	nov. '95
niet ziek	26	30	22	12	31
ziek*	61	37	46	50	33
diarree	16	12	26	16	3
luchtweginfectie	16	20	20	41	26
overig	34	6	5	4	5
onbekend	--	2	--	1	1
totaal**	87	69	68	63	65

* Het aantal kinderen dat ziek is, is soms kleiner dan de som van diarree, luchtweginfecties en overig. Dit betekent dat sommige kinderen meer dan een ziekte hebben.

** Het totaal betreft het totaal aantal kinderen per onderzoeksfase.

Het hier gepresenteerde beeld komt in grote lijnen overeen met de resultaten van andere studies in Brazilië, waarin is nagegaan hoe vaak kinderen ziek zijn. Monteiro voerde een survey in Sao Paulo uit, waaruit naar voren kwam dat 29% van de kinderen een luchtweginfectie had op de dag van het interview. Van de onderzochte kinderen had 7% diarree gehad in de maand voorafgaand aan de dag van het interview (Monteiro 1988: 117-138).

Perceptie van ziekte-oorzaken

Gebruikers van de gezondheidszorg en werkers binnen de gezondheidszorg kunnen heel andere ideeën hebben over ziekte en de oorzaak hiervan (Warren 1978, Kleinman 1980, Hoodfar 1986, Pool 1994, Krumeich 1995). Lindenbaum (1990) wijst erop dat zulke opvattingen aan verandering onderhevig zijn en Last (1981) laat zien dat de ideeën over de oorzaak van een ziekte lang niet altijd duidelijk zijn. De bevindingen uit Flor do Mar zijn hiermee in overeenstemming. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de toegepaste onderzoeksmethode, met slechts vijf uitgebreide interviews met de moeders, niet optimaal is om een gedetailleerd inzicht te krijgen in percepties van de moeders. Dit vereist uitgebreider diepteonderzoek, waarbij bijvoorbeeld meer aandacht aan religie wordt besteed.

Diarree

Moeders en gezondheidswerkers denken nogal eens verschillend over de oorzaak van diarree. De moeders brengen diarree vaak in verband met het krijgen van tandjes. Deze wordt dan ook 'tandencrisis' genoemd. Het krijgen van tandjes kan ook tot andere ziekten leiden, maar minder frequent. Wanneer diarree groen van kleur is en gepaard gaat met braken, is het kwade oog in het spel. De symptomen kunnen uiteen lopen: het kind huilt veel of is juist apathisch. Het heeft geen zin om te eten. Meestal is de moeder zeker van de diagnose van het kwade oog (*quebrante*). Zij brengt het kind snel naar de

gebedsgenezers, die onder handoplegging voor het kind bidt. Meestal gaat het daarna weer goed.

Vuil water en gebrek aan goede sanitaire voorzieningen worden nooit spontaan genoemd als oorzaak van diarree. Ook wanneer ik er expliciet naar vroeg, was dit niet het geval. Gezondheidswerkers daarentegen noemen gebrekkige hygiëne als een van de belangrijkste oorzaken van diarree. In tegenstelling tot aanwijzingen uit de literatuur (Coreil & Genece 1988; Lombardi 1987) noemt geen enkele moeder verstoring van het warmte-koude evenwicht als oorzaak van diarree, en evenmin als oorzaak van een andere ziekte.

Luchtwegeninfecties

Over het algemeen hebben de moeders geen uitgesproken ideeën over de oorzaken van luchtwegeninfecties. Het is een alledaags verschijnsel dat je ‘zomaar krijgt’ of overneemt van andere kinderen. Moeders gebruiken de term ‘gripe’ (griep) voor een groot scala aan verschijnselen, al dan niet gepaard gaand met koorts. Bijna alle moeders zijn van mening dat je moet uitkijken met ‘gripe’; het kind kan gemakkelijk longontsteking krijgen. Huismiddelen dienen ervoor om dit te voorkomen.

Overige ziekten

Bij de overige ziekten gaat het op een enkele uitzondering na om een niet ernstige huid-aandoening. De moeders noemen bijna altijd de warmte en het stof als de oorzaak.

Behandeling van ziekten.

Bij ieder kind dat ziek is of geweest is, vraag ik wat de moeder doet om dit te verhelpen. Gebruikt zij huismiddelen en/of medicijnen en zo ja, wie geeft haar hieromtrent raad? Hierbij komt tevens ter sprake of de moeder naar een gezondheidspost gaat en welke ervaringen zij hiermee heeft.

Het gebruik van huismiddelen ligt bijzonder hoog, zowel bij diarree als bij griep. Bij griep geeft de moeder thee of honing; bij diarree een eigen gemaakte vloeistof van zout en suiker (*soro-caseiro*). Geprefabriceerde rehydratievloeistof (ORS) geven de moeders niet zo vaak: in alle onderzoeksfases tezamen wordt ORS slechts dertien keer genoemd. Een enkele moeder noemt bouillon of kokoswater.

Meestal adviseert de moeder of schoonmoeder over hoe de huisvloeistof te bereiden. Kruidenthee is erg populair, maar de kinderen vinden het niet zo lekker vinden en weigeren het soms te drinken. De meeste moeders kopen gedroogde planten. Soms hebben de moeders de kruiden zelf in de tuin of krijgen zij ze van de burens. Hoe de thee werkt weten de moeders mij niet precies te vertellen.

Er worden heel veel westerse geneesmiddelen gebruikt, zeker in aanmerking genomen dat het aangaande op het verhaal van de moeder meestal niet om ernstig zieke kinderen gaat. Hoestdrankjes, combinatiepreparaten, antibiotica en middelen tegen diarree: ze zijn allemaal heel populair. Meestal is er sprake van zelfmedicatie. De moeder

heeft het geneesmiddel nog in huis, krijgt het van de buurvrouw of van een familielid of koopt het op advies van de apotheek.

Het meest in het oog springend is het enorm hoge antibioticagebruik bij een griep-epidemie in de vierde onderzoeksfase, in mei 1995. De moeders van 41 van de 63 kinderen uit de onderzoeksgroep vertelt dat hun peuter griep heeft gehad in de twee weken voorafgaand aan ons gesprek. Twintig kinderen krijgen zeker antibiotica; vijf andere misschien (de moeder kan de verpakking niet meer laten zien). Opvallend en veront-rustend is dat bijna alle moeders die zich door de apotheek laten adviseren met antibio-tica naar huis gaan. Een van de moeders laat liefst drie verschillende antibiotica zien. Zowel de moeder als degene die in de apotheek werkt (*balconista*) is van mening dat bij griep het gevaar van longontsteking op de loer ligt. Met antibiotica is dit in hun visie te voorkomen. De moeders die naar een gezondheidsdienst gaan, geven hun kinderen iets minder frequent antibiotica. Dit lijkt op rationeel voorschrijfgedrag van de arts in de gezondheidspost te duiden. Gebrek aan geneesmiddelen in de post en gebrek aan geld om de middelen buiten de post te kopen spelen echter zeker ook een rol.

Nog steeds geeft een groot aantal moeders bij diarree anti-diarree middelen, on-danks alle voorlichting van het ministerie van gezondheid om dit niet te doen. De ge-zondheidswerkers zijn hiervan niet op de hoogte. Zij vertellen dat de moeders bij diarree geen geneesmiddelen geven. Wellicht houden de moeders het geneesmiddelengebruik geheim, omdat zij de boodschap geen antidiarrea te geven wel kennen, maar niet toe-passen. Van Elteren (1995) constateerde overigens iets dergelijks in Nederland: sommi-ge moeders verzwijgen het gebruik van geneesmiddelen omdat zij denken dat artsen of anderen dit afkeuren.

Geneesmiddelen worden meestal niet ingenomen op de in de bijsluiter aanbevolen manier. Naar deze maatstaf is het gebruik bijzonder onzorgvuldig. De moeders denken hier echter heel anders over. Een van de moeders vertelt altijd bactrimel in huis te heb-ben. Iedere keer als haar zoontje koorts heeft, krijgt hij een lepeltje. Zij is ervan over-tuigd dat dit uitstekend helpt en het feit dat haar zoontje nooit ernstig ziek is geweest, staaft haar in deze gedachte.

Een antibioticakuur wordt zelden afgemaakt. Als het kind zich beter voelt, staken de moeders de toediening van het medicijn. Wat overblijft is voor de andere kinderen of voor de volgende ziekte. Ook elders in Brazilië (Haak 1988) en Latijns Amerika (Ugalde & Homedes 1994) komt deze omgangswijze met medicijnen veelvuldig voor.

De moeders geven alleen in vage bewoordingen aan hoe de geneesmiddelen wer-ken. Bij antibiotica spreken zij over sterke geneesmiddelen. Een aantal moeders is van mening dat vitaminen en hoestdrankjes kinderen weer sterk maken. Associaties met de kleur van geneesmiddelen komen niet voor; associaties met koude en warmte slechts een enkele keer.

Gebruik van gezondheidsdiensten

Of de moeders bij ziekte van hun kind al dan niet naar een gezondheidsdienst gaan, verschilt nogal per onderzoeksfase: van ongeveer een kwart in de eerste onderzoek-sfase tot ongeveer de helft in de vierde en vijfde fase. In de tweede en derde fase ligt het

daar ergens tussenin. Daarnaast wordt een groot scala aan andere hulpverleners bezocht. De moeders vertellen al naar gelang de aard van de ziekte een keuze te maken. Vermoeden zij bijvoorbeeld dat het boze oog in het spel is, dan gaan zij naar de gebedsgenezers. In praktijk komt dit erop neer dat, wanneer een huismiddel alleen niet helpt, daarna verschillende soorten genezers tegelijk of vlak na elkaar worden geraadpleegd. De moeders vertellen over het algemeen tevreden te zijn over de aangeboden diensten. Dat zij soms lang moeten wachten voor zij worden geholpen, vinden zij de gewoonste zaak van de wereld. Dat er op gezondheidsposten nogal eens geen medicijnen voorhanden zijn, vinden zij wel een probleem. Meestal doet dergelijk nieuws snel de ronde, waarna moeders besluiten direct naar de apotheek te gaan.

Opvallend is dat de vaders pas in het spel komen als het over geneesmiddelen of over een ziekenhuisopname gaat. Meestal nemen de moeders alleen de beslissingen over voeding en zorg. Pas wanneer er meer geld aan te pas komt, neemt de vader (meestal ook kostwinner) de beslissing.

Conclusie

Longitudinaal onderzoek met periodiek uitgebreide gesprekken over ziekte en zorg voor jonge kinderen geeft inzicht in de omvang en ernst van ziekten bij jonge kinderen. Ook kan worden nagegaan welke behandeling de moeder geeft en welke personen of gezondheidsvoorzieningen zij hierbij raadpleegt. Tegelijkertijd biedt dergelijk onderzoek de mogelijkheid iets te weten te komen over de perceptie van de moeder over de oorzaak van ziekten. Voor een gedetailleerd inzicht in percepties is echter uitgebreider diepte onderzoek nodig.

Het hier getoonde beeld bevestigt dat van andere studies. Jonge kinderen zijn frequent ziek. Meestal gaat het hierbij niet om ernstige aandoeningen. Tegelijkertijd biedt dergelijk onderzoek de mogelijkheid iets te weten te komen over de perceptie van de moeder over de oorzaak van ziekten, zij het dat voor een gedetailleerd inzicht in percepties uitgebreider diepte onderzoek nodig is. Ook is nagegaan welke behandeling de moeder de kinderen geeft. Het meest op de voorgrond tredend in het onderzoek in Flor do Mar is het exceptioneel hoge en – biomedisch gezien – irrationele geneesmiddelengebruik bij relatief lichte aandoeningen, meestal op aanwijzing van de apotheek.

De aanbevelingen die gedaan zijn op grond van de hier gepresenteerde bevindingen betreffen dan ook vooral het geneesmiddelengebruik. Aanbevolen werd de bestaande regelgeving, met inbegrip van de verplichting een aantal geneesmiddelen alleen op recept te leveren, beter te doen naleven. Dit geldt eveneens voor het maken van reclame voor geneesmiddelen. Voorts was er de aanbeveling meer aandacht te geven aan voorlichting voor gezondheidswerkers over het gevaar van onjuist geneesmiddelengebruik. Tegelijkertijd zou verspreiding van onjuiste informatie moeten worden tegengegaan. Ook voorlichting aan het publiek over het gebruik van geneesmiddelen, bijvoorbeeld via de radio, kan bijdragen tot een beter gebruik. Om de boodschap over te kunnen brengen, is kennis van de percepties van de gebruikers van geneesmiddelen essentieel. Hiertoe heeft deze studie bijgedragen en een bescheiden

aanvang met voorlichting over geneesmiddelen op de plaatselijke radio is inmiddels ook gemaakt.

Noot

Marijke Stegeman is arts en cultureel antropoloog. Zij is werkzaam als inspecteur ontwikkelingssamenwerking en beleidsevaluatie bij het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse Zaken. Van 1993 tot 1995 deed zij onderzoek naar gezondheid, voeding en zorg bij jonge kinderen in Brazilië (Stegeman 1997).

Met dank aan Maria Helena Bottona voor advies en voor logistieke steun bij het onderzoek. Dank aan René Devisch voor commentaar tijdens het symposium en aan Patrick Meurs voor commentaar op en redactie van het artikel.

Literatuur

- Coreil, J. & E. Genece
1988 Adoption of oral hydration therapy among Haitian mothers. *Social Science & Medicine* 27(1): 87-97.
- Elteren-Jansen, M. van
1995 Geheimen in de alledaagse zorg van moeders voor kinderen. *Medische Antropologie* 7(1): 114-25.
- Haak, H.
1988 Pharmaceuticals in two Brazilian villages: Lay practices and perceptions. *Social Sciences & Medicine* 27(12): 1415-27.
- Hoodfar, H.
1986 *Child care and child survival in low income neighborhoods of Cairo*. Dokki Giza, Egypt: The Population Council.
- Iplance
1993 *Anuário estatística do Ceará*. Fortaleza: Fundação Instituto do Planejamento do Ceará.
- Krumeich, A.
1994 *The blessings of motherhood. Health, pregnancy and child care in Dominica*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Last, M.
1981 The importance of knowing about not knowing. *Social Science & Medicine* 15B: 387-92.
- Lindenbaum, S.
1989 The view from anthropology. In: J.C. Caldwell et al. (eds), *What we know about health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health*. Canberra: Australian National University. pp. 906-9.
- Lombardi, C.
1987 Teas, diarrhoea and taxonomy: An application of the RAP ethnographic method in Porto Alegre. Brazil (unpublished paper).

- Monteiro, C.A.
1988 *Saúde e nutrição das crianças de São Paulo*. São Paulo: Hucitec.
- Myntti, C.
1993 Social determinants of child health in Yemen. *Social Science & Medicine* 37(2): 233-40.
- Pool, R.
1994 *Dialogue and the interpretation of illness. Conversations in a Cameroon village*. Oxford: Berg.
- Stegeman, M.
1997 *Viva criança: Health, nutrition and care of young children in northeastern Brazil*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Ugalde, A. & N. Homedes
1994 Household storage of pharmaceuticals in Costa Rica. In: N.L. Etkin & M.L Tan (eds), *Medicines: Meanings and contexts*. Quezon City: Health Action Information Network. pp. 163-82.
- Warren, D.W.
1976 The role of emic analysis in medical anthropology: The case of the Bono in Ghana. *Anthropological Linguistics* 17(3): 117-27.
- Wood, C.H. & J.A.M. de Carvalho
1988 *The demography of inequality in Brazil*. Cambridge: Cambridge University Press.