



Universidade Católica de Moçambique  
Faculdade de Ciências Sociais e Políticas – Quelimane  
Curso de Mestrado em Saúde Pública

**Práticas Comunitárias que Contribuem para Ressurgimento do Surto de Cólera  
na cidade de Quelimane**

Clotilde da Marquita N. Vilanculo Couto

Quelimane, Janeiro de 2025

**Práticas Comunitárias que Contribuem para Ressurgimento do Surto de Cólera  
na cidade de Quelimane.**

Clotilde da Marquita N. Vilanculo Couto

Trabalho de conclusão de curso de  
Mestrado em Saúde Pública da  
Universidade Católica de  
Moçambique, delegação de  
Quelimane, província de Zambézia.

Supervisor: MSc. Gaudêncio  
Material

Quelimane, Janeiro de 2025

# ÍNDICE

Declaração de Autoria.....	5
Dedicatória.....	6
Agradecimentos.....	7
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	8
Resumo.....	9
Abstract.....	10
<b>CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 Introdução.....	11
1.2 Problematização.....	13
1.3 Objectivos.....	14
1.3.1 Objectivo Geral.....	14
1.3.2 Objectivos Específicos.....	14
1.4 Perguntas de Pesquisa.....	15
1.5 Justificativa e Relevância do Estudo.....	15
1.6 Delimitação do Estudo (Espacial, Temporal e Temática).....	17
1.7 Limitações.....	17
1.8 Questões Éticas.....	18
<b>CAPÍTULO II: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>20</b>
2.1 Debate Conceptual.....	20
2.2 Quadro Teórico.....	26
2.3 Literatura Empírica Focalizada.....	31
2.4 Literatura Empírica Relacionada.....	32
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGIA</b> .....	<b>37</b>
3.1 Definir a Metodologia.....	37
3.2 Motivos da Escolha da Metodologia.....	37
3.3 A população/Universo.....	37
3.3.1 Participantes do Estudo.....	38
3.4 Técnicas de Recolha de Dados.....	39

3.5 Técnicas de Análise e Interpretação de Dados .....	40
3.6 Validação dos Resultados.....	42
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	43
4.1 Apresentação dos Dados .....	43
4.2 Análise e Discussão dos Resultados.....	56
CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	60
5.1 Conclusões .....	60
5.2 Sugestões/Sugestões.....	63
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....	65
Referências Eletrônicas .....	65
APÊNDICE .....	67
Cronograma.....	76
ANEXOS.....	78

## **Declaração de Autoria**

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para obtenção de qualquer grau académico, este é fruto de investigação e análises pessoal, que fora executada com base nas referências bibliográficas e nos métodos descritos no texto.

Quelimane, Janeiro de 2025

A Candidata

---

*/Clotilde da Marquita N. Vilanculo Couto/*

O Supervisor

---

*/MSc. Gaudêncio Material/*

PhD. Octávio Ramos Muangelo

---

Msc. Greth Blandina Tembe

---

## **Dedicatória**

Aos meus pais, por terem assumido a responsabilidade que lhes foi incumbida pelo altíssimo Afonso Rui Vilanculo e Marquita Zeferino Nhassambo, pelos sacrifícios, eternos ensinamentos e por tudo que representam para mi e na minha vida. Aos meus tesouros, minhas amadas filhas Kimora Couto e Pearl Nhumbate, que esta etapa e outras mais conquistas sirvam de mínimo de inspiração para acreditarem sempre que podem alcançar o infinito e que nada é impossível quando acreditamos, temos disciplina e foco e sobretudo quando confiamos e nos rendemos ao altíssimo.

## **Agradecimentos**

Agradecer primeiro ao altíssimo Deus pelo dom de vida e por ter tornado esta etapa uma realidade inestimável no meu percurso acadêmico.

Sinto-me profunda e humildemente grata a minha família, meus amados irmãos Sérgio Vilanculo, Ribeiros Vilanculo, Gerson Vilanculo e Gabriel Vilanculo pelo incessante apoio moral e inabalável crença em mi e nas minhas capacidades. Ao meu parceiro Fanuel Tomas Nhumbate pelas renúncias, disponibilidade, presença e facilidades nas diferentes vertentes sobre a gestão familiar para que esta etapa do percurso acadêmico pudesse se tornar minimamente leve e possível.

Ao Dr. Gaudêncio Material, meu supervisor, pela reconhecida competência, positivismo, disponibilidade, atenção e paciência que teve em acompanhar todo o processo da realização da presente dissertação.

Agradecimento extensivo vão também para as lideranças comunitárias participantes activos no processo de auscultações e disponibilidade incansável para percorrermos os bairros e identificarmos aleatoriamente as famílias entrevistadas. As famílias que de forma calorosa receberam me em suas residências, concederam o seu precioso tempo para que pudesse entrevista los e conhecer um pouco das suas vivências em relação da temática apresentada, facilitando um aprendizado memorável e transformador.

## Lista de Siglas e Abreviaturas

CS	Centro de Saúde
MFFCS	Manual de Formação de Formadores dos Comités de Saúde
MPCCDA	Manual de Prevenção e Controlo da Cólera e de outras Diarreias Agudas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNC	Plano Nacional de Combate a Cólera
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde Mulher e Ação Social
WaSH	Water Hygiene and Sanitation ( Água, Higiene e Saneamento)
WHO	World Health Organization

## Resumo

A presente dissertação tem como objectivo conhecer as práticas comunitárias que contribuem para ressurgimento de cólera na cidade de Quelimane. A definição deste objectivo foi motivado pelo contínuo ressurgimento de cólera na cidade de Quelimane e as notórias falhas decorrente dos processos de gestão, respostas e combate á cólera, apesar dos reconhecidos esforços empreendidos pela OMS na definição de políticas e estratégias de resposta a doença que orientam as instituições governamentais na implementação das políticas e recomendações bem como as Organizações da Sociedade Civil na implementação de programas para eliminação da doença no país e na cidade de Quelimane em particular. Como estratégia para conhecer as práticas comunitárias que contribuem para o ressurgimento da cólera e a determinação dos factores de risco, recorreremos a metodologia mista (qualitativa e quantitativa), pelo facto de dar relevância as práticas e acções que as famílias e comunidades implementam no seu contexto social. De acordo com a análise dos dados, podemos concluir que a ocorrência de cólera no seio das famílias e comunidades é atribuída a vários factores interdependentes. Por um lado a existência de práticas sociais e culturais que propiciam a pré disposição a cólera e por outro lado a inexistências de condições básicas de WaSH que associado com o primeiro colocam as famílias e comunidades em situação de vulnerabilidade extrema para a cólera. A erradicação da cólera assenta se na operacionalização efectiva da estratégia de resposta da cólera que exige acções multisectoriais coordenadas e comprometimento a todos os níveis em assegurar uma mudança efectiva e sustentável.

**Palavras-chave:** Cólera, Práticas Comunitárias, Factores de risco, WaSH.

## **Abstract**

This dissertation aims to understand community practices that contribute to the resurgence of cholera in the city of Quelimane. The definition of this objective was motivated by the continuous resurgence of cholera in the city of Quelimane and the notorious failures resulting from management, response processes to combat cholera, despite the recognized efforts undertaken by the WHO in defining policies and strategies to respond to the disease which guides government institutions in the implementation of policies and recommendations as well as civil society organizations in the implementation of programs to eliminate the disease in the country and in the city of Quelimane in particular. As a strategy to understand the community practices that contribute to the resurgence of cholera and the determination of risk factors, we used a mixed methodology (qualitative and quantitative), because it gives relevance to the practices and actions that families and communities implement in their social context. According to the analysis of the data, we can conclude that the occurrence of cholera within families and communities is attributed to several interdependent factors. On the one hand, the existence of social and cultural practices that promote a predisposition to cholera and, on the other hand, the lack of basic WaSH conditions that, associated with the first, place families and communities in a situation of extreme vulnerability to cholera. Cholera eradication relies on the effective operationalization of the cholera response strategy, which requires coordinated multisectoral actions and commitment at all levels to ensure effective and sustainable change.

**Keywords:** Cholera, Community Practices, Risk factors, WaSH

# CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

## 1.1 Introdução

Moçambique enfrenta actualmente o seu pior surto de cólera em 25 anos, com mais de 42.000 casos de cólera em pacientes internados notificados desde Setembro de 2022 em sete províncias, Zambézia incluindo. Um mês depois da devastação causada pelo ciclone Freddy a Cidade de Quelimane registou 11799 casos de cólera WHO (17 Abril 2023). Situação que voltou piorar novamente em Setembro do mesmo ano. De 16 de Outubro a 23 de Novembro 2023, registaram-se em média 300 novos casos por semana. A última semana de Novembro registou um aumento preocupante de 24% nos casos e o surto expandiu-se para mais nove distritos.

Na primeira semana de Janeiro de 2024, o surto atingiu mais três distritos, resultando em 585 novos casos de cólera e 4 mortes associadas (Unicef, 2024). É provável que os casos e as mortes aumentem com o início da estação chuvosa e com a diminuição dos suprimentos de tratamento. A propagação da cólera é alimentada pelo acesso insuficiente à água potável, pelas más infra-estruturas de saneamento e higiene, bem como pela falta de preparação e pela fraca vigilância. Esta situação é agravada por um sistema de saúde sobrecarregado por recursos e forças de trabalho limitados, e pressionado por desafios recentes como a COVID-19 e os ciclones. Neste processo destaca se igualmente a dimensão regional do surto, com surtos em curso no Zimbabwe, Malawi e Zâmbia levantando preocupações sobre a transmissão transfronteiriça para Moçambique, especialmente a partir do Zimbabwe.

Devido a particularidade e o impacto que causa na vida dos indivíduos, famílias e comunidades, a cólera é uma doença que se tornou alvo de estudos não só da medicina como também das ciências sociais. A semelhança de outros estudos este projecto busca compreender os factores que estão por detrás da propagação da doença e a forma como os indivíduos interpretam este fenómeno em suas vidas. O presente estudo, intitulado *“Práticas Comunitárias que Contribuem para Ressurgimento do surto de Cólera na cidade Quelimane”*, visa conhecer e compreender a relação existente entre práticas comunitárias e o ressurgimento de surto de cólera na cidade de Quelimane; abordagens comunitárias que contribuem para a inoperância das políticas e abordagens que norteiam a gestão de casos cólera. A partir deste tema, esperamos trazer uma abordagem

holística sobre o comportamento social dos indivíduos em relação a cólera e o papel do governo no reforço das políticas e estabelecimento de práticas que impactam e influenciam negativamente os processos de infecção e gestão de casos de cólera.

O estudo fez uma análise de comportamento dos indivíduos que passa pela compreensão do Homem como agente de acção e transformação social ligado a família no sentido mais restrito e por sua vez inserido num contexto social que influencia a sua conduta, na vertente mais ampla e por último o governo que desempenha um papel crítico de regulador.

Em termos de estrutura, o presente estudo apresenta uma breve contextualização sobre situação da cólera em Moçambique, destacando o problema da cólera na província da Zambézia e mais específico a cidade de Quelimane, apresentamos a inquietação que nos incitou o presente estudo, os motivos que nos levou a optar pelo tema; os objectivos tanto gerais como específicos do projecto bem como as perguntas de pesquisa e a relevância da mesma. Estão reflectidos também linhas atinentes delimitação espacial, temporal e temática, as limitações que ocorreram durante estudo e por fim as questões éticas.

No Capítulo II, a Revisão bibliográfica se assenta sobre o debate conceptual, teórico, exploramos noções específicas sobre conceitos chaves bem como fazemos referência aos estudos conduzidos por cientistas e pesquisadores, apresentando os princípios básicos da abordagem por este usados, as prováveis contradições e similaridades com achados e elementos resultantes deste estudo. Ainda mais adiante, no capítulo III, esta apresentada a metodologia usada durante o estudo. Neste capítulo destacamos métodos, as razões por de trás da escolha do tema e os instrumentos que nos ajudaram na recolha dos dados para análise. O processo de apresentação, análise e interpretação de dados são detalhados por componentes alinhados ao questionário que focam nas percepções dos entrevistados, experiências de vida, vulnerabilidade, factores de risco e estratégias recorridas para prevenção da cólera e o capítulo encerra com a descrição detalhada sobre a validação dos resultados.

Já no IV Capítulo, apresentação e discussão dos resultados, estão apresentados os dados bem como as análises e discussão dos resultados e por fim Capítulo V, aonde

apresentamos as Conclusões e as Sugestões e o estudo termina com as referências usadas, apêndice e anexos.

## **1.2 Problematização**

Segundo no Manual de Prevenção e Controle da Cólera e outras Diarreicas Agudas (2016), a Cólera é uma doença diarreica aguda de origem hídrica causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae*, através da ingestão de alimentos ou água contaminados pela bactéria *Vibrio cholerae*. Também é amplamente conhecida como “doença da pobreza”, “doença das mãos sujas” ou “doença da desigualdade” que quando não tratada, a cólera pode levar à morte devido à desidratação grave. Embora seja uma doença evitável e tratável que pode ser realisticamente eliminada como uma ameaça à saúde pública, a cólera continua a ser um problema significativo em muitos países de baixo e médio rendimento incluindo Moçambique, devido ao acesso inadequado a água potável, saneamento e higiene (WaSH), infra-estruturas deficientes e sistemas de saúde frágeis que levam a surtos recorrentes.

Segundo OMS, em Moçambique, o surto de cólera tem crescido exponencialmente desde Dezembro de 2022, com expansão para novas províncias, até Fevereiro de 2023, havia um total acumulado de 5.237 casos suspeitos e 37 mortes (Rácio de Fatalidade de Casos (CFR) 0,7%) foram reportados em 29 distritos de seis das 11 províncias do país. Dos pelo menos 182 casos testados, 99 casos (54%) foram confirmados laboratorialmente para cólera por cultura, deficiência nas práticas de WaSH (abreviatura em inglês para Água, Higiene e Saneamento) e crenças não saudáveis. Todas as seis províncias incluindo Zambézia actualmente, afectadas pela cólera são áreas propensas a inundações.

À medida que a estação chuvosa contínua, o número dos distritos afectados aumentam. Com este surto, a cólera afectou muitos distritos que não notificavam quaisquer casos há mais de cinco anos e onde, a capacidade de resposta é bastante limitada e o distrito e a cidade de Quelimane esta incluso, onde dentre outros verifica se o acesso inadequado a fontes de água potável para a população que já enfrenta problemas de higiene e saneamento precários. Os níveis de propagação registrado na província Zambézia é atribuído também a frequência dos movimentos transfronteiriços por via dos países como Malawi e Zimbabwe, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera este

como o risco de uma maior propagação da doença muito elevado a nível nacional e regional.

O actual surto de cólera em Moçambique (2023 e 2024), cobre uma área geográfica mais ampla e tem uma taxa de mortalidade mais elevada em comparação com o surto anterior. Além disso, a maioria dos distritos afectados, especialmente na província da Zambézia, não notificavam casos de cólera há mais de cinco anos e muitos dos profissionais de saúde não têm experiência na resposta a um surto de cólera (Unicef,2023).

A fraca vigilância com relatórios tardios, as condições inadequadas de WaSH (falta de acesso a água potável, infraestruturas de saneamento e práticas de higiene deficientes) combinadas com as práticas familiares e comunitárias igualmente inadequadas que propiciam o ressurgimento de surto, um sistema de saúde fraco e uma força de trabalho exausta que responde a múltiplas emergências representam uma ameaça à progressão contínua da doença, tal como as fortes chuvas contínuas da temporada. Assim, questionamos: *Que as práticas comunitárias contribuem para o ressurgimento da cólera?*

## **1.3 Objectivos**

### **1.3.1 Objectivo Geral**

Conhecer as práticas comunitárias que contribuem para ressurgimento de surto de cólera na cidade de Quelimane.

### **1.3.2 Objectivos Específicos**

- Aferir as principais práticas comunitárias que contribuem para ressurgimento de surto de cólera nas famílias e comunidades da cidade de Quelimane.
- Identificar os factores que influenciam a adopção de práticas comunitárias que contribuem para a ocorrência de cólera na cidade de Quelimane.
- Relacionar as práticas comunitárias e administrativas com ressurgimento de cólera na cidade de Quelimane.
- Refletir abordagens comunitárias que contribuem para a inoperância das políticas e abordagens que norteiam a gestão de casos cólera na cidade de Quelimane.

## **1.4 Perguntas de Pesquisa**

*1. Como é que as práticas comunitárias contribuem para o ressurgimento do surto de cólera na cidade de Quelimane?*

*2. Qual é o nível de percepção das comunidades sobre a cólera e os impactos das suas práticas de WaSH para ressurgimento do surto de cólera nas suas famílias e comunidades?*

*3. Quais são os factores comunitários que impedem a operacionalização efectiva das estratégias preventivas estabelecidas pelo Governo nas comunidades?*

## **1.5 Justificativa e Relevância do Estudo**

A cólera é uma doença diarreica que constitui um importante problema de Saúde Pública. Isto porque, por um lado, as suas formas clínicas graves conduzem rapidamente à morte quando não são prontamente tratadas e por outro porque a transmissão na comunidade é suficientemente rápida, para provocar o aparecimento de epidemias que necessitem de medidas de controlo urgentes e eficazes para impedir a sua progressão. Nos últimos 9 anos a cólera tem apresentado períodos de intermitência e com características endémicas e com tendências epidémicas, tendo a situação se agravado nos últimos 4 anos, durante os quais a cólera tem estado praticamente sempre presente, num ponto ou noutra do nosso território.

Aspectos determinantes, como a pobreza absoluta, associados a deficiências no saneamento do meio ambiente e no abastecimento de água; na recolha, eliminação de resíduos sólidos e dejectos humanos; no controlo efectivo dos alimentos e nos maus hábitos de higiene individual e colectiva dos cidadãos; a falta de educação sanitária, conduziram ao aparecimento de condições propícias para a diversificação das vias de transmissão. Assim, a cólera passou de doença epidémica a endémica (o aparecimento e proliferação de mercados informais de toda a espécie), o que conduziu à criação de condições propícias para a diversidade das vias de transmissão e retransmissão da cólera onde a endemicidade ganhou proporções alarmantes tanto nas zonas urbanas como nas rurais.

A condução do estudo prendeu-se ao facto da cólera ser uma das doenças que mais preocupa o Sistema nacional de Saúde dada a sua prevalência, para que através dos resultados obtidos pudessemos formular novas estratégias de combate e controlo da cólera na cidade de Quelimane e quiçá no nosso País.

Em termos de relevância do estudo “ Práticas Comunitárias que Contribuem para o Ressurgimento da Cólera na cidade de Quelimane” este incide sobre vários contextos.

**No âmbito Social:** Contribuir para melhoria de conhecimento e compreensão sobre práticas comunitárias que contribuem para o ressurgimento da cólera na cidade de Quelimane, sejam estas perpetuadas de forma individual, família e colectiva e subsequentemente relação das mesmas com o ressurgimento da cólera. E por fim último incitar mudanças e acções transformadoras e sustentáveis que contribua para a erradicação da cólera na cidade de Quelimane.

**No contexto profissional:** Servir como ferramenta para aquisição de experiência profissional. Impulsionar os esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde na consolidação e propagação da estratégia de Educação para a Saúde. Para este último os trabalhadores de saúde, em particular os agentes e Técnicos de Medicina Preventiva desempenharam um papel ainda mais assertivo e activo como educadores nas comunidade e promotores de boas práticas com particular destaque para a higiene das águas e alimentos, higiene individual e colectiva, promoção da construção e uso correcto de latrinas e a deposição correcta dos resíduos sólidos nas comunidades e famílias na cidade de Quelimane. Por fim que os resultados e recomendações permitam maior engajamento crucial dos Líderes Tradicionais, Religiosos, Políticos, Praticantes de Medicina Tradicional Agentes Polivalentes Elementares, Activistas e outras forças representativas das comunidades para uma resposta adequada a esta doença nas comunidades da cidade de Quelimane.

**No contexto Científico:** Servir como mais uma fonte de conhecimento sobre práticas comunitárias que contribuem para o ressurgimento da cólera na cidade de Quelimane. Como resultado, este estudo contribuirá para o fortalecimento do nosso conhecimento sobre as percepções comunitárias sobre a doença cólera, analisando os factores socio culturais vendam adopção de práticas de água, higiene e saneamento adequadas e

saudáveis e na redução dos impactos da morbimortalidade desta doença na cidade de Quelimane.

## **1.6 Delimitação do Estudo (Espacial, Temporal e Temática)**

Para análise da problemática em torno das práticas comunitárias e governativas que contribuem para o ressurgimento de cólera na cidade de Quelimane, privilegiámos os bairros Acordos de Lusaka e Janeiro para área de estudo. O período 2022 á 2024 mereceu atenção deste estudo por ter sido o de maior ocorrência de casos da doença nos últimos 25 anos.

A escolha dos referidos 02 bairros deveu-se: *(i)* ao facto dos bairros terem registado maiores índices de cólera na cidade de Quelimane, no período compreendido entre 2022- 2024; *(ii)* Alguns pelo facto de serem bairros que localizam-se na periferia da cidade de Quelimane, caracterizado pela existência dos factores de risco que são levantados pelos serviços de saúde tais como problemas de saneamento do meio ambiente, abastecimento de água potável e dificuldade na recolha e gestão dos resíduos sólidos ainda com existência de depósitos de lixo e por possuírem precárias condições de saneamento do meio e por fim, serem os locais com espaço densamente aglomerados e registaram casos de cólera na óptica dos moradores.

## **1.7 Limitações**

A cidade de Quelimane tem 52 bairros e na sua maioria apresentam características similares a dos dois bairros escolhidos para realização do estudo. Devido as questões estruturais todos os bairros são propensos a cólera devido a deficiente disponibilização de água que compromete a higiene e saneamento, na sua maioria estarem rodeados de mercados aonde verifica se a manipulação deficiente dos alimentos (exposição a moscas, charcos de água, uso de água não adequadas para o refrescamento dos vegetais e legumes, deficiente abastecimento da agua potável). Neste contexto, a limitação financeira que condicionou a existência e disponibilização de vários recursos indispensáveis para realização da pesquisa associados com a limitação de tempo, forçou circunscrição do foco do estudo para 02 bairros nomeadamente Acordos de Lusaka e Janeiro.

Adicionalmente, o contexto político que se viveu no país durante os meses de Novembro e Dezembro de 2024 caracterizado pelas manifestações influenciou para não

realização de entrevistas com grupos focais sob a recomendação de evitar acções que exigem aglomerados.

## **1.8 Questões Éticas**

A pesquisa em seres humanos tem o compromisso de resguardar a integridade de todos os envolvidos, o estudo *Práticas Comunitárias que contribuem para o Ressurgimento de surto de Cólera na cidade de Quelimane* não fugiu a regra. O resguardo envolveu todas as questões sobre a preservação da privacidade, a minimização de riscos e desconfortos, a busca de benefícios, a não discriminação e a proteção de grupos de pessoas vulneráveis. Privilegiamos o uso de duas estratégias o consentimento livre e esclarecido e a avaliação por Comitês de Bioética em Pesquisa obedecendo o emanado no Despacho do Ministro da Saúde de 21 de Maio de 2002, o Comité Nacional de Bioética para a Saúde em Moçambique (CNBS).

A avaliação prévia do projecto foi pelo Comité Institucional de Bioética para Saúde da Zambézia (CIBS-Z) a qual aprovou e considerou que todos os aspectos éticos e metodológicos adequados.

O processo de consentimento livre e esclarecido teve como objetivo permitir que as pessoas que foram convidadas a participar da pesquisa compreendessem os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos, o que permitiu uma decisão autónoma. A obtenção de consentimento livre e constituiu o dever moral do pesquisador, como a manifestação do respeito às pessoas envolvidas no projeto. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido documenta a autorização do sujeito da pesquisa e permite que as informações básicas sejam mantidas para leitura posterior. Em caso de necessidade e como forma de acomodar as necessidades dos participantes a entrevistadora conduziu as entrevistas dos participantes na língua Portuguesa.

Todos os indivíduos envolvidos e responsáveis pelo processo de colecta de dados assinaram o *Acordo de Não Divulgação*.

Abaixo estão arrolados e detalhados, alguns princípios éticos igualmente cruciais que foram salvaguardados durante a realização da pesquisa:

*Respeito pela dignidade humana;* todos os participantes da pesquisa foram tratados com dignidade respeito e consideração garantindo igualmente a sua autonomia, privacidade e confidencialidade.

*Responsabilidade social e cultural;* Foram respeitadas as normas, valores, costumes e práticas das comunidades e ou bairros aonde a pesquisa decorreu.

*Respeito pela autonomia;* Foram respeitadas as decisões dos participantes da pesquisa incluindo a decisão de retirar o seu consentimento.

*Integridade e Honestidade;* Foi adoptada uma postura íntegra e honesta por parte da pesquisadora durante o processo de realização da pesquisa e toda tentativa de fabricação, falsificação e ou plágio foi veemente repudiada

*Respeito pela privacidade e confidencialidade;* toda a informação dos participantes foi tratada com alto nível de respeito pelo direito de privacidade e confidencialidade conferido aos participantes\_razão pela qual todo pessoal envolvido no processo de levantamento de dados foi obrigado assinar o Acordo de Não Revelação

*Beneficência e Não Maleficência;* durante a realização da pesquisa esforços foram empreendidos no sentido de maximizar os benefícios para os participantes e reduzir a todo custo e quaisquer danos.

*Justiça e equidade;* toda e qualquer acção de injustiça e discriminação foi completamente evitado durante a realização da pesquisa. Salvaguardando assim que os benefícios da pesquisa bem como as responsabilidades sejam partilhadas de forma igual para que todos os participantes se sintam parte do processo.

## CAPÍTULO II: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 Debate Conceptual

A cólera é uma doença diarreica aguda causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae*, através da ingestão de alimentos ou água contaminados pela bactéria *Vibrio cholerae*. Tem um período de incubação curto, que varia de duas horas a cinco dias, e manifesta-se com diarreia aquosa e profusa, com ou sem vômitos, dor abdominal e câibras, que quando não tratada prontamente, pode evoluir para a desidratação grave, acidose e colapso circulatório, com choque hipovolêmico e insuficiência renal e, conseqüentemente a morte em poucas horas. Os principais reservatórios de *V. cholerae* são o homem e as fontes de água. O homem é o reservatório usual de *V. cholerae* toxigênico dos sorogrupos O1 e O139. Contudo, vários estudos têm demonstrado que *V. cholerae* O1 pode ser isolado de ambientes aquáticos, principalmente associados a estuários, indicando que animais marinhos (como, por exemplo, moluscos e crustáceos) podem ser reservatórios naturais do *V. cholerae*. Manual de Prevenção e Controle da Cólera e de outras Diarreias Agudas [MPCCDA], (2016).

São fontes de infecção, os doentes no período de incubação, na fase das manifestações clínicas e na convalescença, bem como os portadores assintomáticos. Os bacilos são eliminados pelas fezes e pelo vômito. Uma vez que a transmissão da cólera está associada à gestão inadequada do meio ambiente, a falta de água potável, higiene individual e colectiva deficiente, a transmissão ocorre, principalmente, pela ingestão de água ou alimentos contaminados por fezes ou vômitos de um doente ou portador. Os alimentos e utensílios podem ser contaminados pela água, pela manipulação, ou por moscas. A contaminação pessoa a pessoa é também importante na cadeia epidemiológica. Plano Nacional de Combate a Cólera [PNC], (2017).

A elevada ocorrência de assintomáticos (portador sadio), em relação aos doentes, é um factor importante na cadeia de transmissão da doença. De algumas horas a 5 dias, sendo na maioria dos casos, de 2 a 3 dias. O período de transmissibilidade perdura enquanto houver eliminação do vibrião nas fezes, o que ocorre, na maioria dos casos, até poucos dias após a cura. Para fins de vigilância, o período aceite como padrão é de 20 dias.

Alguns doentes tornam-se portadores crônicos, eliminando o vibrião de forma intermitente por meses ou até anos. A susceptibilidade é variável e aumenta na presença

de factores que diminuem a acidez gástrica (acloridria, gastrectomia, uso de alcalinizantes e outros). A infecção produz elevação de anticorpos e confere imunidade por tempo limitado, em torno de 6 meses. Repetidas infecções tendem a incrementar produção de IgA secretora nos indivíduos, gerando constantes estímulos à resposta imunológica, o que leva à imunidade de longa duração. Esse mecanismo pode explicar a resistência demonstrada pelos adultos em áreas endêmicas. (PNC, 2017)

Segundo PNC,2017, a cólera manifesta-se de forma variada, desde infecções inaparentes até diarreia profusa e grave. Além da diarreia, podem surgir vômitos, dor abdominal e, nas formas severas, câibras, desidratação e choque. A febre não é uma manifestação comum. Portanto, a doença pode manifestar-se de 2 formas:

Na **forma grave**, os casos graves mais típicos (menos de 10% do total), o início é súbito, com diarreia aquosa, profusa, com inúmeras dejeções diárias, por vezes do tipo “água de arroz” e cheiro a peixe, com ou sem vômitos, dor abdominal e câibra. A diarreia e os vômitos, nesses casos, determinam uma extraordinária perda de líquidos, que pode ser da ordem de 1 a 2 litros por hora. Este quadro, quando não tratado de imediato, pode evoluir para desidratação rápida, acidose, colapso circulatório, com choque hipovolémico, insuficiência renal e morte, em 6 horas.

**A forma leve ou oligossintomática**, apresenta-se com diarreia leve, como acontece na maioria dos casos.

Cerca de 80% das pessoas infectadas com o vibrião colérico são assintomáticas, embora a bactéria esteja presente nas suas fezes e sejam eliminadas de volta para o meio ambiente, podendo potencialmente infectar outras pessoas, ou a água e os alimentos.

Entre as pessoas que desenvolvem sintomas, 80% têm sintomas leves ou moderados, enquanto cerca de 20% desenvolvem diarreia aquosa aguda, com desidratação grave que pode levar à morte se não for tratada. Pessoas com baixa imunidade, como as crianças desnutridas ou pessoas que vivem com o HIV, estão em maior risco de morte, caso estejam infectados. As complicações na cólera decorrem, fundamentalmente, da depleção hidro-salina causada pela diarreia e pelos vômitos. Ocorrem mais frequentemente nos indivíduos idosos, diabéticos ou com patologia cardíaca prévia. A desidratação não corrigida levará a uma deterioração progressiva da circulação, da função renal e do balanço hidroeletrólítico, produzindo danos a todos os sistemas do

organismo. Em consequência, sobrevém choque hipovolêmico, necrose tubular renal, íleo paralítico, hipocalcemia (levando a arritmias), hipoglicemia (com convulsão e coma em crianças). O aborto é comum no 3º trimestre de gestação, em casos de choque hipovolêmico. As complicações podem ser evitadas, com hidratação adequada.

### **Práticas Comunitárias**

Em psicologia e sociologia, as práticas comunitárias são definidas como diferentes **actividades que são realizadas diariamente, de forma constante e repetida dentro de uma** determinada comunidade. Estas actividades, costumes, práticas ou procedimentos servem como um elemento de interligação entre entidades sociais complexas, que podem variar de tribos e estilos de vida urbanos a sociedades inteiras. As práticas constituem uma forma **de nexa entre o indivíduo e a comunidade**, e diferem de uma cultura para outra, operando como acordos implícitos sobre como fazer as coisas. Em geral, as práticas são considerados frutos da tradição e da passagem do tempo histórico, uma vez que a mesma comunidade varia suas práticas sociais à medida que mudam suas noções de moralidade, sociedade, identidade entre outras. Porém, a adequação ou inadequação às práticas sociais de uma determinada comunidade em um determinado momento costuma trazer consigo aceitação ou rejeição, uma vez que têm a ver directamente com a estrutura social: o conjunto de normas e princípios tácitos e tradicionais que validam certas atitudes e procedimentos, enquanto se sobrepõe a outros, sempre dependendo de um contexto.

Assim, as práticas sociais têm sido descritas por estudiosos como o francês Pierre Bourdieu (1930-2002) ou seu compatriota Michel Foucault (1926-1984) como parte do aparato repressivo da sociedade, por meio do qual **legitima certos comportamentos e desqualifica outros**; impondo uma ordem específica que concede e restringe as liberdades. Essa ordem, muitas vezes, tem a ver com os valores tradicionais da sociedade e ou comunidade.

O estudo revelou que, ao realizarem certas práticas sociais, a presença de certos valores nas estruturas sociais pode ser fortalecida ou enfraquecida. Por exemplo: o feccalismo a céu aberto (acção amplamente praticada no Bairro de Janeiro), consumo da água não tratada prática de discriminação racial, não higienização dos alimentos seja aceite como

“norma”, legitimada (para ambos os bairros Janeiro e Lusaka), e, portanto, praticada pela maioria em indivíduos aspectos que foram possíveis de constatar durante as entrevistas e as observações feitas.

Segundo Berger e Luckmann (2004) a percepção social é a interpretação subjectiva que os indivíduos fazem da realidade. Ela consiste na relação existente entre o pensamento e o contexto social no qual o indivíduo está inserido, onde os significados, os valores e as crenças que os indivíduos atribuem a uma determinada realidade e são elementos através dos quais podemos compreender como é que a realidade é percebida pelos actores comuns da sociedade. A percepção social não é uma mera interpretação dos indivíduos sobre uma realidade por eles enfrentada no quotidiano, ela é influenciada pelo contexto social, pelas particularidades da personalidade do indivíduo, pelos desejos e sentimentos, pela sua atitude em relação ao objecto percebido, pelas suas necessidades, pelas crenças, valores, pelos interesses, pelas aspirações e pela experiência de vida que foram adquiridas ao longo do tempo (Berger e Luckmann, 2004).

Percebendo a cólera a partir das percepções sociais dos indivíduos, podemos compreender como é que ela surge como uma realidade interpretada pelos indivíduos, e até que ponto esta representação da doença influencia na determinação dos factores assumidos como de risco para a sua ocorrência, onde as crenças, as ideias, os significados e as concepções aparecem como relevantes para a compreensão destas percepções.

Douglas e Wildasky (1982) partem de princípio que para compreendermos a construção das percepções dos indivíduos em torno do risco devemos ter em conta os factos e valores que influenciam na forma como os actores sociais definem saberes e práticas de risco. Estas percepções de risco diferem de acordo com os aspectos sócio-culturais dos indivíduos que incluem: idade, género, grupo social, ocupação, interesse, valores, consequências pessoais, os aspectos éticos e morais.

Como o risco tem esta particularidade, a percepção do risco é vista como resposta cultural e simbólica às diversas ameaças sofridas dentro dos grupos, da organização e da sociedade.

Em torno desta vertente cultural e simbólica do risco avançada por Douglas e Wildasky (1982) percebemos como é que o risco em relação a cólera torna-se socialmente construído. Assim, procuramos analisar que valores e crenças determinam a percepção dos riscos que as pessoas têm em torno da cólera. Mas também, analisamos como é que os actores sociais no contexto da cólera fazem a distinção clara dos riscos que eles assumem correr voluntariamente e os riscos que lhes são impostos, de que forma estes agem perante esta situação, como é que os indivíduos fazem avaliação dos custos e benefícios suportados na tomada de decisão sobre os riscos.

**Comunidade:** segundo Esposito (2003, p.48) Comunidade‘ é proveniente do termo *communitas* que tem sua formação baseada nos termos *cum* e *munus*, que se desdobram nos sentidos de relação com os outros, um estar junto (sentido de *cum*), em uma relação de dar sem receber em troca por dever, obrigação, retribuição (sentido de *munus*), ao qual o autor refere-se também como o —centro vazio da comunidade, o dom de si ao qual o sujeito se sente arrastado por um dever incontornável, porque coincide com o próprio desejo.

Para Lazzari, Mazzarino e Turatti (2016, p. 4) citados por Polsby (1994), apresenta o conceito da comunidade com um conjunto de uma população que vive limitada geograficamente por um território físico e politicamente pelas suas normas, o que por si estabelece um problema, já que decisões externas à comunidade a afectam. Por outro lado, Bernard (1974) conceitua comunidade como um sistema social territorialmente limitado ou um conjunto de subsistemas com funções integradas (económico, político, religioso, ético, educativo, jurídico, socializador, reprodutivo, etc.), que tem uma população residente, cultura material ou equipamentos com os quais operam esses subsistemas.

**Saúde Comunitária:** Saúde comunitária é o ramo das Ciências da Saúde que se dedica à saúde de grupos populacionais ou comunidades, e aos desafios e problemas que a afetam. O objetivo é melhorar a saúde da população, considerando fatores que vão além do indivíduo, como o ambiente, a estrutura social, a distribuição de recursos, entre outros. MFFCS (2013)

**Comités de Cogestão:** É um organismo multidisciplinar composto por trabalhadores e gestores de saúde e membros da comunidade que trabalham juntos na planificação,

execução, seguimento e monitoria das actividades incluindo a análise e tomada de decisões sobre a vida da US. MFFCS (2013)

**Comités Comunitários de Saúde:** um órgão/grupo que existe na comunidade, ele é constituído por líderes comunitários, religiosos, actores comunitários, Parteiras Tradicionais, homens, mulheres e adolescentes e jovens. Informalmente designados por “centro de saúde comunitário”. MFFCS (2013)

**Agentes Polivalentes Elementares (APE):** Os APEs são membros de comunidades treinados para fornecer serviços básicos de saúde nas suas comunidades. Cada APE é responsável por 500 a 2000 habitantes, dependendo da densidade populacional e do acesso aos serviços de saúde. Os APEs originalmente forneciam os primeiros socorros, promoção de saúde, medicina preventiva e encaminhamentos para as unidades sanitárias locais. Os APEs são considerados funcionários do Ministério da Saúde e recebem um subsídio por seus serviços, INS (2020)

Os APEs constituem uma força de saúde comunitária que através dos seus esforços espera-se que estes aproximem os serviços de saúde e cuidados primários as comunidades e famílias, porem, a fraca disponibilidade de insumos de trabalho e incentivos tornam a operacionalização a estratégia deficitária permitindo que muito destes acabem optando por fazer parte de projectos. O impulsionamento da operacionalização das acções dos APEs ira facilitar a disseminação de mensagens chaves sobre prevenção e mitigação e gestão de casos de cólera nas comunidades e famílias.

**Risco:** Segundo Chamissa (2011), análise que os indivíduos fazem do risco, sob a perspectiva de possibilidade ou probabilidade de um evento desfavorável, visa a identificação de potenciais fontes de agravos à saúde e a adopção de medidas preventivas de segurança e de precaução. Sendo a cólera uma questão que envolve a relação entre saúde e doença, percebemos o risco de cólera como uma situação que pode levar a ocorrência da doença dependendo da óptica de quem vivencia ou avalia o perigo.

Trouxemos o risco a discussão referindo o risco que as práticas comunitárias impõem aos indivíduos famílias e comunidades a saúde como sendo um perigo potencial de ocorrer uma reacção adversa à saúde das pessoas expostas a ele. Onde a saúde é percebida como um estado desejável que possibilita o desempenho normal das

actividades quotidianas e a doença como algo que coloca em perigo a saúde dos indivíduos e o rompimento das actividades rotineiras, por isso que deve ser prevenida ou combatida.

**Factores de risco:** são definidos como características ou circunstâncias que estão relacionadas com o aumento da probabilidade de ocorrência de um evento desfavorável para determinados grupos da população, segundo Braun (2008). Usando o conceito “objecto de risco”, Hilgartner (1992) citado por Lupton (2005), objectos de risco são todas coisas, actividades ou situações a que as consequências danosas estão conceitualmente ligadas. Mas ele alerta que para que determinados objectos tornem-se em objectos de risco é preciso que tais objectos tornem-se em objectos construídos, depois como “de risco” ou identificado como causa do dano.

## 2.2 Quadro Teórico

Para perceber a temática e problemática que norteiam o presente estudo optamos pela abordagem fenomenológica construtivista de Berger e Luckmann (2004). Inspirados na “fenomenologia social” de Schutz, a preocupação principal destes teóricos está na forma como os indivíduos constroem a realidade social.

Berger, P. & Luckmann, T. (1966) *A Construção Social da Realidade* (1966), propõe que os grupos sociais e as pessoas individuais que interagem entre si, num sistema de classes sociais, criam ao longo do tempo conceitos das acções uns dos outros e que as pessoas se habituem a esses conceitos, assumindo assim papéis sociais recíprocos. Quando esses papéis sociais estão disponíveis para serem assumidos e representados por outros membros da sociedade, diz-se que as suas interações sociais recíprocas são comportamentos institucionalizados. Nesse processo de construção social da realidade, o significado do papel social é incorporado na sociedade como conhecimento cultural.

A abordagem concebe a realidade como conjunto de fenómenos que acontecem no mundo independente da vontade do indivíduo. Contudo, o conhecimento ou o saber que os indivíduos formam em torno da realidade é baseado na interpretação que fazem dela, que garante a certeza de que os fenómenos são reais e possuem características específicas (Berger e Luckmann, 2004).

A realidade interpretada consiste na relação existente entre o pensamento e o contexto social no qual o indivíduo está inserido. Assim, o mundo da vida surge como um espaço social importante no qual os actores sociais estabelecem relações entre si e partilham os seus conhecimentos de forma a comungarem as mesmas crença e valores. Este mundo da vida quotidiana não é tido apenas como uma realidade garantida pelos membros vulgares da sociedade, é também um mundo com origem nos seus pensamentos e acções através dos quais a realidade se mantém. Por isso que apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjectivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente de ideias.

Neste âmbito, partindo destes pressupostos da teoria construtivista, procuramos perceber como é que a cólera surge como uma realidade sujeita a interpretação dos indivíduos, carregada de significados, crenças e praticas. Interpretações estas que fazem com que ela surja como um realidade social garantida e subjectivamente dotada de sentido para os indivíduos inseridos num determinado contexto social.

Compreender a cólera como uma realidade da vida quotidiana permite resgatar as percepções dos actores sociais a partir das quais compreendemos como é que ela torna-se uma realidade construída e reproduzida socialmente dai possível de ser pode igualmente ser desconstruída e reproduzida socialmente no novo formato ou perspectiva.

Berger,P. & Luckmann, T. (1966) A Construção Social da Realidade (1966), é particularmente importante para compreender o processo de construção da realidade pelos humanos e a interação humana. A tese fornece a base teórica para a abordagem abordagem fenomenológica. A construção social da realidade faz a ponte entre as práticas micro práticas micro - individuais com as estruturas macros - institucionais mais alargadas da sociedade.

Afirmam que os seres humanos criam significados que dependem da formação da consciência individual e das visões do mundo, bem como do seu sentido de segurança psicológica. Por outras palavras, “as estruturas institucionais de nível macro são sustentadas e reproduzidas através das práticas rotineiras da vida quotidiana, através das quais adquirem o seu estatuto objetivo e de senso comum” (Johnson 2008:155)

As percepções que os indivíduos formam em torno da cólera constitui o acervo de conhecimento que permite ao indivíduo explicar a cólera e interagir com os demais actores da sociedade. É em função desta influência das percepções no comportamento dos actores sociais que fazem com a cólera surja como uma realidade objectiva que se impõe ao próprio indivíduo.

A partir desta análise da doença podemos entender como é que determinados comportamentos são influenciados por certas concepções construídas, dando destaque a forma como os actores sociais interpretam e explicam a ocorrência da doença..

Neste contexto, seria oportuno discutir as duas categorias de realidade que Peter Berger e Luckman referem nos seus estudos. A realidade objectiva é definida como o mundo natural. Por exemplo, a lua, as estrelas ou o oceano. Estes são fenómenos que estão basicamente sempre presentes e não mudam. A realidade subjectiva é a realidade socialmente construída. Por exemplo, um papel ou estatuto na sociedade, como o título profissional de uma pessoa, torna-se real e interiorizado através da interação e da definição social. Isto é feito através do processo de socialização que, segundo Berger e Luckman, é um conceito-chave no processo de manutenção da realidade subjectiva. As pessoas não nascem membros da sociedade, elas tornam-se membros da sociedade (Berger, Luckmann 1966:149). A interação entre as pessoas é o que faz com que isto pareça real. A realidade subjectiva é também definida como a interpretação subjectiva da realidade objectiva. Por exemplo, a sociedade determinou que o céu é azul. Isto dá um significado social a um fenómeno objetivo.

Muitas das nossas interpretações subjectivas fazem parte do conhecimento quotidiano, conhecimento quotidiano, a que chamamos senso comum. Por conseguinte, na construção da realidade Berger e Luckman defendem que o senso comum desempenha um papel fundamental. Os seres humanos. Na sua vida quotidiana, os seres humanos utilizam o conhecimento do senso comum para construir a realidade social realidade social. O conhecimento de senso comum é partilhado inter subjectivamente através da interação interação com outros seres humanos. Isto torna-se muito claro na estrutura da rotina que os que os seres humanos seguem no decurso da sua vida quotidiana.

Um dos principais aspectos da tese de Berger e Luckmann tem sido a forma como as estruturas institucionais de nível macro são sustentadas e reproduzidas através das

práticas rotineiras da vida quotidiana, através das quais adquirem o seu estatuto objetivo e de senso comum (Johnson 2008:155). Por outras palavras, existe uma relação mútua entre a ação humana, as instituições sociais e a consciência subjectiva. Para compreender a interdependência mútua das instituições sociais e a consciência subjectiva, Berger e Luckman criaram três conceitos principais: externalização, objetivação e internalização. Estes três processos inter-relacionados constituem assim o centro da perspectiva da construção social da realidade. No seu conjunto, estes três processos retratam uma relação recíproca entre indivíduos e sociedade.

**Externalização:** os indivíduos criam a sociedade através processo de externalização, mas a realidade social objetiva que é criada a realidade social objetiva que é criada molda o desenvolvimento do indivíduo através da internalização e assegura que as suas acções continuarão a reproduzir o mundo social externo ( Johnson 2008 :157). A externalização refere-se à atividade humana contínua que ajuda a criar e a recriar as esferas materiais e imateriais do mundo social numa base contínua. Por outras palavras, a cultura material e imaterial está a ser produzida e reproduzida através das actividades humana “Toda a actividade humana está sujeita à Habitualização. Qualquer acção que seja repetida frequentemente torna-se num padrão, que pode ser reproduzido reproduzido com esforço mínimo e que o ipso facto é que, é apreendida pelo seu executante como esse padrão. A habitualização implica, além disso, que a acção em questão possa ser acção em questão pode ser repetida no futuro da mesma maneira e com o mesmo esforço mínimo” (Berger e Luckmann 1966:71).

**Objetivação:** uma vez estabelecidos, os resultados das acções criativas dos indivíduos, sob a forma de estruturas institucionais, tornam-se parte integrante do mundo exterior. Assim aparece-nos como se tivesse uma existência independente, a que chamamos o processo de objetivação. Nunca nos parece que se trata de uma criação humana. Por outras palavras, os mundos externos dos artefactos, ferramentas, tecnologias, arte, construção, etc., aparecem como fenómenos objectivos. Embora estes mundos materiais e imateriais estejam a ser criados por nós, aparecem-nos como naturais e não como criados por nós.

Todos os diversos domínios da cultura imaterial, incluindo crenças, valores, regras, normas e costumes também nos aparecem como de carácter externo, tendo uma realidade objetiva

**A interiorização:** as pessoas são socializadas na sua cultura ou subcultura e , assim, desenvolvem uma compreensão básica de “como as coisas são” e “como as coisas devem ser”. Com o passar dos anos, estas ideias tornam-se parte integrante da nossa consciência subjectiva e, por isso, acaba por ser tomado como garantido e torna-se parte do nosso entendimento comum. Nunca questionamos a sua existência, antes tentamos moldar os nossos padrões de comportamento de acordo com o mundo exterior e a sua aparência objectivada, (Berger e Luckamnn, 2004).

No entanto, apesar dos esforços intensos de socialização, ninguém interioriza a cultura. Há variações na profundidade com que diferentes aspectos da cultura são diferentes aspectos da cultura são interiorizados por diferentes tipos de pessoas em diferentes contextos. A cultura é interiorizada em diferentes graus, pelo que a realidade social aparece diferente para diferentes pessoas, com base a realidade social aparece para pessoas diferentes com base na experiência e interpretação de cada uma delas. (Berger e Luckamnn, 2004).

Segundo Schutz (1979), as experiências sedimentadas e situações vivenciadas constituem um estoque de conhecimento que permitem a interpretação do mundo social e um meio pelo qual o indivíduo pauta a sua acção. Assim sendo, para a abordagem fenomenológica construtivista o conhecimento e a realidade social são produtos não só do contexto social mas também das experiências intersubjectivas dos indivíduos.

A partir desta ideia, entendemos a cólera como uma realidade produzida socialmente em que as tipificações surgidas em volta da doença constituem uma componente importante para o questionamento e percepção da patologia por parte dos indivíduos. Para esta análise foi necessário compreender as experiências vividas com a cólera e os conhecimentos partilhados dentro do universo social no qual o indivíduo está inserido, no que concerne a distinção da cólera de outras enfermidades e o que é padecer de cólera na óptica dos moradores dos bairros Janeiro e Acordo de Lusaka, como explicam a ocorrência da doença e quais são os factores que estes percebem como de risco para a ocorrência da enfermidade.

### **2.3 Literatura Empírica Focalizada**

Segundo Berger e Luckmann (2004) em seus achados, a realidade social é uma realidade objectiva e igualmente uma realidade subjectiva. Estes dois modos de perceber a realidade social obedecem a 3 momentos dialécticos que decorrem na sociedade: a exteriorização, a objectivação e a interiorização. Estes três momentos dialécticos da realidade social correspondem a uma determinada característica do mundo social, nomeadamente a sociedade como um produto humano, a sociedade como uma realidade objectiva e o homem como um produto social.

Berger – mais do que Luckmann – assume que a perspectiva dialéctica, aplicada para explicar as relações entre indivíduo suas práticas e a sociedade com base numa dialéctica fundamental no processo de criação social da realidade, que inclui o movimento de exteriorização do humano no mundo, o trabalho do homem sobre a natureza, e o movimento de interiorização do que foi criado, ou seja, de subjectivação das instituições criadas, que agora ao aparecer à consciência como uma factibilidade exterior, dotada de autonomia e poder próprio, recriam e condicionam o próprio ser humano.

Ambos Berger e Luckmann veem essa dialéctica de certa forma como inevitável. Para eles se o movimento de autonomização do internalizado – que gera os ritos, mitos, os costumes e a sociedade, e que aparecem depois à consciência como “naturais” - for mal feito ou fracassar, o ser humano estará de novo confrontado com uma situação de anomia e caos.

A sociedade como uma realidade objectiva, para os autores, refere-se ao processo através do qual é criada uma realidade social. O indivíduo ao exteriorizar o seu próprio ser no mundo, passa a ser uma realidade objectiva que se impõe a ele mesmo. Com base nos dados primários o projecto de pesquisa *Praticas Comunitárias de contribuem para o Ressurgimento de cólera na cidade de Quelimane* avalia a relação entre as práticas comunitárias e o ressurgimento de cólera. Quais são as percepções que os indivíduos, famílias e comunidade tem formadas em relação a cólera constitui a base para explicar a influência das percepções sobre os comportamentos dos mesmos. A partir desta análise da doença fomos capazes de entender como é que determinados comportamentos são influenciados por certas concepções construídas, dando destaque a forma como os actores sociais interpretam e explicam a ocorrência da doença.

Segundo Filhos (2008), a prevenção da cólera depende da higiene individual e colectiva. Em termos individuais é preciso manter higiene pessoal e lavar as mãos constantemente; cozinhar bem os alimentos e consumi-los imediatamente; armazenar cuidadosamente os alimentos cozidos; evitar o contacto entre os alimentos crus e cozidos; manter limpas todas as superfícies da cozinha e manter os alimentos fora do alcance dos insectos, roedores e outros animais. E em termos colectivos é importante garantir o fornecimento de água potável em quantidade e qualidade adequada para o consumo humano, alimentos seguros e o saneamento básico são fundamentais isto e ter um sistema de esgoto sanitário adequado, se não tiver enterrar as fezes longe das fontes de água, poços e fontenárias; manter rigorosa a colecta de lixo; manter os recipientes tapados e afastados dos locais de abastecimento de água e evitar acúmulo de lixo, Educação em saúde para a comunidade é importante para a adopção de comportamentos preventivos para evitar a contaminação.

O estudo analisou os depoimentos das famílias entrevistadas, a prevenções de cólera primordialmente vista como uma acção conjunta mantendo evidente a interdependência entre as partes. Não obstante, pesando sobre a parte colectiva a maior responsabilidade de prevenção como regulador, responsável pela definição e implementação daa politicas. As acções de higiene não tem efeito se ações coletivas não foram executadas.

## **2.4 Literatura Empírica Relacionada**

Diante da avaliação comportamental das famílias e comunidade sobre a cólera, Langa (2009), na pesquisa sobre o comportamento social dos moradores do bairro de Maxaquene “A” diante de casos de cólera entre 1999-2007, defende que existe uma relação entre o comportamento dos indivíduos, o meio ambiente físico/social, e a ocorrência de casos de cólera. Ele argumenta que a cólera não é percebida como fruto do comportamento individual, os indivíduos atribuem a ocorrência da cólera ao comportamento dos outros. Por outras palavras, a causa da cólera é sempre externa, atribuída ao outro, à sujidade que estes produzem por não acatarem as normas de higiene difundidas pelas campanhas de saúde. Assim sendo, cólera surge como uma doença estigmatizada pelos indivíduos, associada a falta de higiene e às mãos sujas .

A atribuição da ocorrência da cólera ao comportamento dos outros por estes produzirem sujidade e não acatarem as normas de higiene difundidas pelas campanhas de saúde poderá conduzir toda uma comunidade ao erro e é completamente irrealístico e que pode conduzir a presunções que facilmente criação lacunas no processo de gestão e resposta a cólera. As famílias e pessoas influentes entrevistadas nos bairros de Janeiro e Acordo de Lusaka durante a pesquisa sobre as práticas comunitárias que contribuem para o ressurgimento da cólera na cidade de Quelimane, estes defendem a ocorrência que cólera como responsabilidade partilhada dos indivíduos, famílias e governo. A cólera exige sim adopção de práticas específicas de higiene e saneamento que pesam sobre os indivíduos e família que encontram limitantes quando não existem condições criadas que facilitem o cumprimento destas medidas e normas de higiene e saneamento amplamente difundidas pelos órgãos locais (serviços de saúde, liderança local entre outros actores engajados no combate a cólera).

As famílias entrevistadas defendem e igualmente crucial que se assegurem a criação e existências de condições de provisão e abastecimento de água canalizada da rede de distribuição pública para o consumo; lavagem das mãos com sabão ou cinza depois de usar a casa de banho e antes das refeições; tapar a latrina depois de usar e colocar cinza para evitar as moscas; lavar bem os alimentos, principalmente a hortaliça; conservar a comida depois de preparada e enterrar o lixo pode facilmente reverter o cenário actual de recorrente surgimento caso de diarreias e cólera nas famílias.

A culpabilização não deve encontrar espaço no processo de gestão, resposta e combate a cólera e necessário que cada uma das partes vigilantemente desempenhe o seu papel. As normas, políticas e regulamentos emanados nos documentos orientadores tanto da OMS, PNC entre outros, estão correctos ao considerarem que resposta a cólera como uma acção multisectorial e coordenada envolvendo dentro outros e não limitando a saúde, educação, infraestrutura e a sociedade civil podemos alcançar mudança e transformação sustentável e erradicar a cólera.

Segundo Cynthia Baltazar, Pezzoli, Baloi, Luiz, Chitio, Capitine, Siteo, Mala, Langa (2022), a resposta à cólera representa um enorme encargo para os serviços nacionais de saúde, educação, habitação e recursos hídricos, serviços públicos, entre outros sectores. A abordagem implica a criação de estruturas de coordenação de resposta a surtos

sempre que a cólera é detectada. O objetivo prioritário é a redução da mortalidade por cólera através da prestação atempada de cuidados de saúde de emergência e de intervenções WASH. Para tal *Cynthia Baltazar et al. (2022)*, destacam entre outros três pilares de prevenção e controlo da cólera, sendo o primeiro a **Vigilância**; uma vez que a implementação de quaisquer intervenções requer dados detalhados e precisos baseados em sistemas de vigilância epidemiológica e laboratorial capazes de detectar, confirmar e monitorizar atempadamente a ocorrência de cólera. Em Moçambique, a cólera é uma das doenças de notificação obrigatória detectada e notificada através da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (IDSR) da OMS. Infelizmente, são frequentes no país as lacunas relacionadas com dados subnotificados devido à falta de compreensão da definição de caso, à ausência de capacidade de diagnóstico ou de cultura de *Vibrio cholera*.

**Segundo pilar a Gestão de casos:** depois de detectada a cólera, a prioridade imediata é garantir que os casos de cólera sejam tratados o mais rapidamente possível para minimizar a incapacidade e a morte. A cólera é uma doença facilmente tratável através da administração imediata de solução de reidratação oral (SRO). Uma gestão eficaz dos casos envolve também as unidades de tratamento (CTU)/centros (CTD). *Cynthia Baltazar et al. (2022)*.

**Água, saneamento e higiene (WASH):** apesar do progresso no alargamento do acesso a WASH através dos objectivos de desenvolvimento do milénio, Moçambique tem um dos níveis mais baixos de consumo de água limpa a nível mundial. O país ocupa o 128º lugar em termos de acesso a fontes melhoradas de água e saneamento entre 135 países.

A população moçambicana tem acesso a condições adequadas de saneamento melhorado. De acordo com o índice climático global, Moçambique está no ranking dos dez países mais afectados por eventos climáticos, com frequentes cheias maciças, que causam destruição de infra-estruturas de saneamento e escoamento de águas através de solos contaminados por esgotos fortemente enriquecidos com agentes patogénicos como o *Vibrio cholera*. A prática da defecação a céu aberto é comum em várias zonas do país, sendo mais evidente nos espaços “livres” das zonas periurbanas...

**Envolvimento da comunidade:** o envolvimento da comunidade é fundamental para garantir mudanças de comportamento a longo prazo e para o controlo da cólera. Em Moçambique em particular a cidade de Quelimane, a promoção da saúde e o envolvimento da comunidade são áreas prioritárias para a redução da morbilidade e da mortalidade por cólera.

A cólera pode ter um início súbito e explosivo. Os períodos de acalmia substanciais, combinados com a falta de sistemas de vigilância sensíveis (resultantes da capacidade limitada de diagnóstico, da má qualidade dos dados e da falta de compreensão das definições de caso da doença), têm posto em causa a capacidade de detetar e monitorizar a ocorrência de cólera com elevada especificidade e sensibilidade.

A cólera é suscetível de ser subnotificada em Moçambique. Alguns decisores podem considerar que a notificação de casos de cólera ou de mortes pode ter um impacto negativo nos seus indicadores de desempenho. Sem sistemas de vigilância eficazes e sólidos, os governos e os parceiros são obrigados a tomar decisões críticas em matéria de saúde pública.

Os PNC ( 2017) devem dar prioridade à cartografia das zonas de risco, a fim de reforçar a formação em protocolos clínicos e a manutenção do tratamento dos doentes de cólera que pode salvar vidas. Além disso, a concentração nos profissionais de saúde comunitários poderá ser uma estratégia fundamental, uma vez que estes podem realizar actividades de tratamento e prevenção a nível comunitário.

Moçambique tem um historial de mudanças na paisagem política que, ao longo dos anos, tiveram impacto nos determinantes sociais e na aceitação das intervenções de saúde. Na Zambézia, episódios de violência têm sido associados a surtos de cólera. As comunidades atacaram os profissionais de saúde, acusando-os de terem envenenado a água potável e espalhado a doença em vez de a prevenir.

Estes episódios de violência também resultam na ocultação de casos de cólera e de mortes às autoridades de saúde e em práticas de enterro pouco seguras. O PNC ( 2017), deve abordar o contexto local específico da transmissão da cólera nos focos de crise e centrar-se no reforço da educação sanitária para uma adequada mudança de comportamento interpessoal, social e de comportamento para apoiar a prevenção e o

controle a longo prazo a nível comunitário. As campanhas de educação sanitária, adaptadas à cultura e às crenças locais, devem promover a adoção de práticas de higiene adequadas, como a lavagem das mãos com sabão, a preparação e o armazenamento seguros dos alimentos e a eliminação segura das fezes das crianças. As práticas funerárias para as pessoas que morrem de cólera também devem ser adaptadas para evitar a infeção entre os presentes.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGIA**

### **3.1 Definir a Metodologia**

Para o alcance dos objectivos preconizados no presente estudo, privilegiámos o enfoque **misto e o método explorativo e descritivo por via de entrevistas usando a plataforma Google para produção do questionário e inquéritos, como instrumento de colecta, análise e interpretação de dados revisão documental.**

### **3.2 Motivos da Escolha da Metodologia**

A escolha do método **misto que inclui quantitativo e qualitativo** deveu-se ao facto desta metodologia ter auxiliado a investigadora na compreensão das percepções, práticas e discursos dos indivíduos no contexto social em que estes estão inseridos, de modo a analisar os significados subjetivos construídos pelos actores sociais (Gil, 2008).

O método misto enquadra-se no estudo, na medida em que permite a compreensão do significado que os indivíduos atribuem às suas acções e práticas perante a ocorrência da cólera e relação das práticas dos indivíduos de forma colectiva com o ressurgimento da cólera. Sendo a cólera uma doença que faz parte de um grupo de patologias frequentes no seio dos moradores da cidade de Quelimane, ela está sujeita a interpretações por parte dos indivíduos em termos das possíveis causas da ocorrência das doenças que contribuem para o ressurgimento do surto de cólera na cidade de Quelimane.

A abordagem mista deu-nos, a possibilidade de colher os significados e as percepções construídas das comunidades e famílias em relação à cólera, e a partir destas procuramos compreender como é que os indivíduos e famílias lidam com o problema da cólera dentro das suas comunidades, bem como a medida que estes confrontam as situações de risco no concernente a esta doença, onde as interpretações, representações e tipificações da cólera aparecerão como elementos relevantes para perceber este universo explicações.

### **3.3 A população/Universo**

A cidade de Quelimane está administrativamente dividida em cinco (5) postos administrativos urbanos, que por sua vez subdividem-se em 52 Bairros e os bairros identificados para estudo pertencem ao Posto Administrativo Urbano 02 - bairro de Janeiro, e ao Posto Administrativo Urbano 03 o bairro Acordos de Lusaka.

De acordo com o Conselho Autárquico de Quelimane (2019), em 2017 a população da Autarquia era de 246,915 habitantes, distribuídos por 52 bairros, e que com a projecção da população específica do Janeiro que em 2007 tinha população de 7,012; em 2019 de 9,404 e por uma população projectada para 2030 de 12,307 enquanto o bairro Acordo de Lusaka em 2007 tinha uma população de 4,367; em 2019 população de cerca de 5,857; e uma Projectada para 2030 de 7,665 pessoas.

Segundo os dados providos dos SDSMAS referente ao período 2022 e 2024, o Bairro Janeiro apresenta cumulativo de 129 casos de cólera. Enquanto que, no bairro Acordos de Lusaka indicam o cumulativo de 97 casos de cólera. Bairro Janeiro sendo o bairro que apresenta maior número de casos que é consubstanciado pelas condições de deficientes de WaSH apresentadas na análise de dados recolhidos durante as entrevistas nos referidos bairros.

Segundo INE,2017, o crescimento populacional elevado, e a grande concentração de população jovem, criam a necessidade de um rápido estabelecimento de políticas que visam responder a demanda de serviços básicos a nível dos referidos bairros com destaque para WaSH como medida para evitar eclosão permanente de doenças hídricas com maior destaque para cólera.

Dai que, o critério de selecção das 20 famílias sendo 10 por cada bairro foi aleatório, o critério de inclusão para individuos entrevistados compreendeu idades entre 21 á 60 anos de idade, residentes no bairro nos anos de 2021 á 2024, chefes de família e ou participante activo da vida familiar. Para a entrevista do grupo focal foi considerado a mesma faixa etaria adionaldo ao papel que a pessoa ocupa na comunidade seja uma pessoa influente, lider comunitario e ou regiosos teve maior destaque. Critérios de exclusão: estado de embriagues ou qualquer outra alteração de consciência.

### **3.3.1 Participantes do Estudo**

O estudo entrevistou uma amostra de 20 famílias sendo 10 família por cada 2 bairros. Estes bairros apresentaram números maiores de população infectada e afectada pela cólera e de diarreias. Conduziu 02 observações, 01 por cada bairro. Entrevistou pessoas influentes como lideres comunitarios 1 por cada bairro.

Os 02 bairros identificados apresentam maioritariamente características sociais similares que consideramos constituir elementos de riscos para eclosão de cólera para além de apresentarem a frequência de casos de cólera e diarreias.

Estes bairros apresentam uma heterogeneidade de habitações formadas por duas faces contraditórias: por um lado podemos encontrar vivendas de lavandaria e por outro, habitações de construção com material precário, algumas estão localizados nos arredores do bairro e na zona mais para o interior. Infra-estruturas como hospital ou unidade sanitária, escolas, igrejas, campos desportivos, mercado, locais de pasto, padarias, pensões, lojas entre outros, exercem um papel muito importante na prestação de serviços e satisfação das necessidades básicas dos moradores outros estabelecimentos informais que são maioritariamente constituído por bancas e barracas próximo das residências, onde se vendem bebidas alcoólicas e produtos da primeira necessidade como verduras, legumes, frutas, pão, roupas, entre outros bens.

Os bairros possuem água canalizada, entretanto o sistema de abastecimento é extensivamente deficiente associado ao facto de não cobrir o bairro todo. Em relação ao sistema de saneamento, os 02 bairros identificados apresentam um ineficiente sistema de drenagem de águas pluviais com valas a céu aberto que não beneficiam de manutenção. No período chuvoso e durante logos períodos seguinte nestes bairros encontram se águas estagnadas, que formam charcos por vários meses.

### **3.4 Técnicas de Recolha de Dados**

Dados Primários foi usado o questionário, inquérito e simultaneamente as observações e estes incidiram sobre, **Factores socioeconómicos** (indicadores de bens estar; disponibilidade dos serviços públicos de saneamento, água e cuidados da saúde); **Práticas de higiene ao nível do agregado familiar**; **Factores relacionados à higiene dos alimentos**; **Percepção/conhecimento sobre a cólera** (sinais, causas, fontes de dispersão e prevenção; acções de resposta, acções antecipadas e prevenção) e **Acções de vacinação** (% de vacinações, grupos-alvo). Portanto, foram elaborados e estabelecidos protocolos para registrar e produzir informações.

Dados Secundários procedeu se com a verificação documental para a cruzamento das referências através de Estatísticas do INE, MISAU, OMS; Relatórios e Estudos e este

processo incidiu sobre **Dados de incidência da cólera** (casos e mortes reportadas, nível de fatalidade); **Dados demográficos** (densidade populacional, idade, género, tamanho do agregado entre outros) e por fim **Dados de saneamento** (% de pessoas com acesso a saneamento, água potável e lixeira)

Assim sendo, as entrevistas foram conduzidas usando as seguintes etapas: *(i)* Entrevistados os informantes chaves (Líderes Comunitários e Religiosos, Matronas, praticantes de medicina tradicional, Agentes Polivalentes Elementares e Serviços de saúde), *(ii)* Observados as residências, os mercados locais, bazares, famílias de modo a identificar os práticas de WaSH e *(iii)* Revistos documentos considerando dados dos relatórios dos Serviços Distrital de Saúde Mulher e Accão Social e Direcção Provincial de Saúde da Zambézia e projectos com intervenções na resposta a cólera bem como trabalho de pesquisa realizados.

Feito igualmente feito o cruzamento dos dados primários colectados durante o período da ocorrência da doença 2022 a 2024 por via das Unidades Sanitárias. Foco também foi dados aos dados dos doentes em recuperação e recuperados por forma a ter uma análise comparativa sobre os impactos da doença entre os infectados e afectados.

O estudo foi liderado pela equipe técnica da constituída por 02 técnicos/ inquiridores distribuídos pelos bairros, uma pesquisadora líder responsável pela coordenação e liderança dos processos e 01 técnico de Informação e Tecnologia. As entrevistas, revisão documental e cruzamento de referências teve duração de 30 dias. A equipe beneficiou primeiramente de treinamento no uso das ferramentas de pesquisa para aplicação de cada um dos questionários referentes as 2 áreas prioritárias preconizadas no Plano Nacional de Cólera [PNC] (2017) e Direcção Provincial de Saúde da Zambézia, nomeadamente Água Potável; Segurança e Higiene dos Alimentos; Saneamento do Ambiental; Vacinação e Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário.

### **3.5 Técnicas de Análise e Interpretação de Dados**

Para apresentação, análise e interpretação de dados foi feita a *selecção* e exames minuciosos dos dados para a verificação crítica com a finalidade de detectar possíveis falhas e evitar existência de informações confusas incompletas que pode prejudicar o resultado da pesquisa; a *codificação* (B.JNR para bairro de Janeiro e B. AL para Bairro

*Acordos de Lusaka e o respectivo número (#) de entrevistados (E))* vai permitir a classificação dos dados mediante a sua relação facilitando assim a tabulação por via gráficos e tabela o que facilitara igualmente a verificação das inter-relações entre eles e por conseguinte análise e interpretação dos dados.

### **Técnicas de Analise**

Para operacionalização da abordagem mista do estudo, recorreu-se as técnicas observação directa não participante, entrevistas semi-estruturadas, avaliação documental e inquéritos. Segundo Richardson (1999), estas técnicas auxiliam o investigador a penetrar na complexidade de um problema ou de um fenómeno, com o intuito de trazer os significados implícitos que estão contidos nas interpretações que os actores sociais fazem deles. Segundo Quivy e Compenhoudt (2005), a observação não participante é um tipo de técnica em que o investigador não participa na vida do grupo, isto é, permanece alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os factos que ai ocorre, observa “do exterior”. Esta técnica vai além da simples constatação dos factos. Exige um mínimo de controlo na obtenção dos dados.

A colecta de dados por observação será seguida de um processo de análise e interpretação, que incluirá a sistematização e o controlo requeridos por procedimentos científicos. Esta técnica ofereceu nos a possibilidade de observar, as condições dos bairros seleccionados, as infra-estruturas de WaSH, perante as condições de saneamento que o bairro e as residências oferecem, os comportamentos ligados a higiene familiar e colectiva e por fim, observar como é que os moradores lidam com a situação da cólera e observar a disposição intra-domiciliar das famílias entrevistadas.

A entrevista semi-estruturada é identificada como uma das técnicas a ser usada porque facilitara a interação social possibilitando o contacto directo entre o investigador e os seus entrevistados. Esta técnica tem várias vantagens destacando a possibilidade que os entrevistados são expostos de exprimirem as suas percepções em relação a um fenómeno ou situação, a partir das próprias experiências de vida (Quivy e Compenhoudt, 2005). A partir destas técnicas e das entrevistas que foram conduzidas foi possível colher as percepções sobre as práticas doptadas, crenças e ideias que

suportam as práticas mas também sentimentos, sensibilidades e emoções resultado das experiências vividas pelos moradores em volta da cólera.

Esta técnica auxiliou também na recolheita sobre como é que as comunidade e famílias avaliação a exposição sobre o risco de ressurgimento de cólera diante das condições sócias individuais e colectivas.

Recorreu se também a técnica de avaliação documental, referido aos relatórios qualitativos e estatísticos disponíveis a nível de pelo menos dos Serviços Distrital de Saúde Criança Género e Accão Social bem como na Direcção Provincial de Saúde da Zambézia, alguns relatórios publicados por algumas organizações não-governamentais que intervém na reposta ao cólera na cidade de Quelimane e procedeu se com o cruzamento com os dados e informações obtidos nestas instituições.

### **Interpretação de dados**

Para apresentação dos dados colhidos foram gerados gráficos através da plataforma *Google* usado para criação de inquérito e questionário usados para entrevistar as 20 famílias e o guião de observação. Os gráficos gerados facilitaram as análises e interpretação dos dados colhidos nas respectivas componentes e estão apresentados no capítulo seguinte.

## **3.6 Validação dos Resultados**

Para garantir a confiabilidade dos resultados, antes de se aplicar os roteiros de entrevistas semi-estruturadas, foi necessário realizar um pré-teste, em data anterior, a fim de verificar se as questões eram compreensíveis, constituindo uma avaliação crítica dos instrumentos de colecta de dados da população. Este exercício consagra o processo de validação dos resultados obtidos pelo estudo.

# CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

## 4.1 Apresentação dos Dados

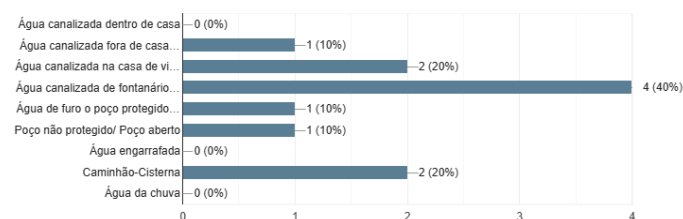
Abaixo estão apresentados os dados recolhidos durante o trabalho de campo, que envolveu entrevistas realizadas a 20 famílias sendo 10 no bairro de Janeiro e 10 no Acordos de Lusaka, que nos permitiram conhecer as práticas comunitárias algumas práticas adoptadas pelas famílias e comunidades. Assim sendo apresentação dos dados de cada bairro é feita por componente sendo; (ii) **Componente de Água;** (iii) **Componente de Higiene;** (iv) **Componente de Saneamento** e (v) **Componente de Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário.** As componentes indicadas são chaves para compreender as práticas que podem constituir factores de risco de infecção e propagação de cólera no seio das famílias e comunidades nestes bairros como também são vincadas nas estratégias nacional de prevenção a cólera.

### Bairro de Janeiro

#### Componente de Água

1. Qual é a principal fonte de água utilizada pelo seu agregado familiar para beber?

10 respostas



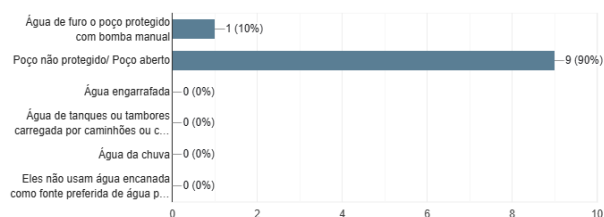
2. A água está sempre disponível na sua principal fonte de água (a fonte que você usa para beber água)?

10 respostas



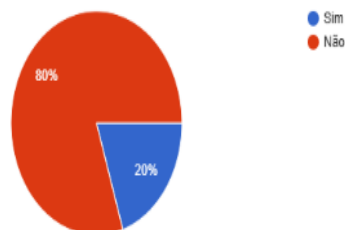
6. Quando não há água canalizada disponível, que fonte você utiliza para beber? (selecione um)

10 respostas



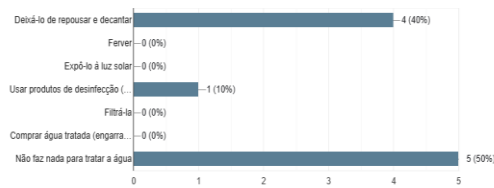
3. O seu agregado familiar trata a água de alguma forma para torná-la mais segura para beber? (selecione um)

10 respostas



4. O que o seu agregado familiar faz normalmente para tornar a água mais segura para beber? (selecione tudo que se aplica)

10 respostas



5. Se é que o seu agregado familiar não trata a água, porque? (selecione tudo que se aplica)

10 respostas



- ✓ 40% das famílias entrevistadas usa como principal fonte de água para beber torneira pública; 20% a sua principal fonte e camião cisterna e mais 20% usa água canalizada da vizinha; 10% usa água do poço protegido e 10% tem como principal fonte de água para beber poço não protegidos.
- ✓ Para 70% das famílias esta água não esta sempre disponível enquanto 30% indica que esta água esta disponível algumas vezes.
- ✓ Na ausência de água canalizada, 90% das famílias reportam usa água de poço não protegido para o consumo e 10% usam água de poço protegido com bomba natural para o consumo

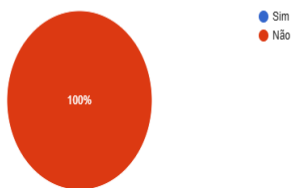
### Sobre tratamento de água

- ✓ 50% das família entrevistadas não tratam água para beber.
- ✓ 40% deixam pousar para decantar e 10% usa o produto de desinfecção CERTEZA, contudo, que devido ao custo do referido produto acabam de forma intermitente deixando pousar.

### Componente de Higiene

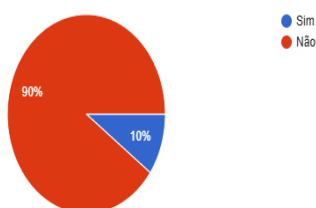
1. O teu agregado familiar tem dispositivo de lavagem das mãos?

10 respostas



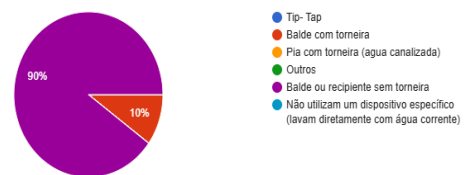
3. A instalação de lavagem de mãos é partilhada?

10 respostas



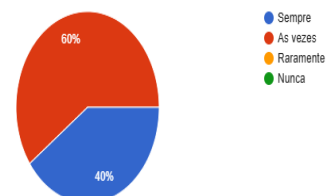
2. Que tipo de dispositivo de lavagem das mãos que o seu agregado familiar utiliza actualmente para lavar as mãos?

10 respostas



4. Você lava as mãos?

10 respostas

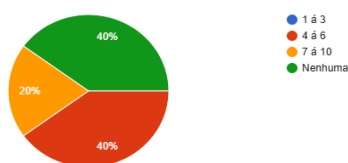


- ✓ 100% das famílias entrevistadas não tem dispositivo de lavagem das mãos.
- ✓ 90% das famílias usa baldes sem tampa para lavagem das mãos e 10% usa baldes com torneiras.
- ✓ 40% das 10 famílias entrevistadas lavam as mãos sempre e 60% as vezes, contudo, indicam de que frequência sobre a lavagem das mãos esta dependente da existência de água.

## Saneamento

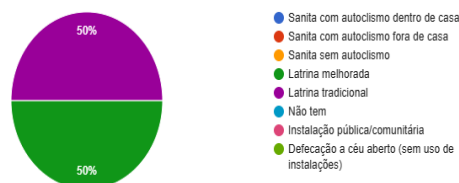
4. Quantas famílias partilham a instalação sanitária (latrina) do seu agregado familiar?

10 respostas



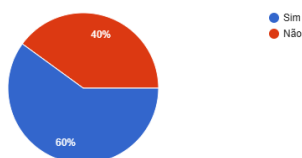
2. Que tipo de instalação sanitária (latrina) é habitualmente utilizada pelo seu agregado familiar?

10 respostas



3. A instalação sanitária (latrina) do seu agregado familiar é partilhada com outras famílias?

10 respostas



- ✓ 50% das residências das famílias dispões de latrinas enquanto que, os restante 50% não.
- ✓ 50% das famílias dispõe latrina melhorada, enquanto que, os restantes 50% dispõe de latrina tradicional.
- ✓ 60% das famílias não partilha as latrinas com outras famílias, enquanto que, 40% partilha as suas latrinas com outras famílias que em medias são entre 4 a 6 pessoas

## Componente de Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário

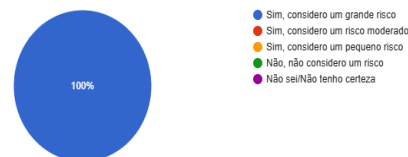
1. Sabe o que é a cólera?

10 respostas

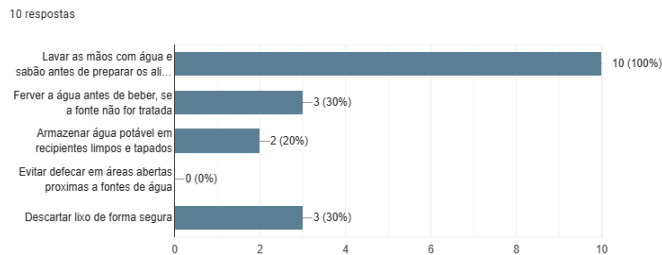


2. Considera a cólera um risco para a sua saúde?

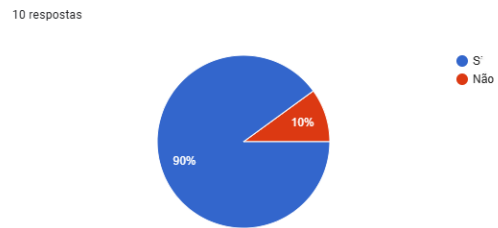
10 respostas



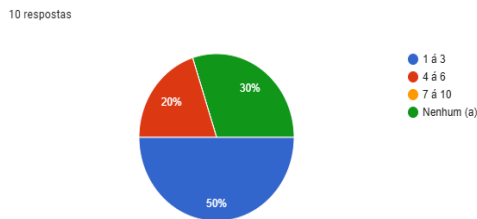
### 3. Sabe o que fazer para prevenir a cólera?



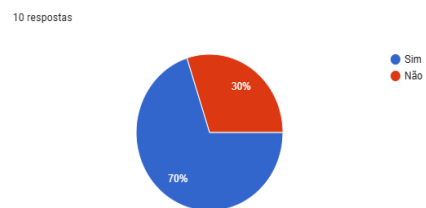
### 5. Algum dos membros do seu agregado familiar (incluindo você) sofreu de diarreia nos último 3 meses?



### 6. Quantos dos membros do seu agregado familiar (incluindo o senhor) sofreram de diarreia no último 3 meses.



### 7. Alguém no seu bairro apanhou cólera no último surto (este ano)?

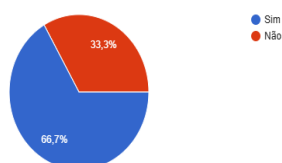


- ✓ 100% das famílias entrevistadas conhecem a cólera.
- ✓ 100% das famílias consideram a cólera como risco para saúde.
- ✓ 100% das famílias entrevistadas conhecem os sintomas de cólera destacando diarreias aquosas e dores da barriga, fraqueza.
- ✓ 100% das famílias entrevistadas indicam que diarreias intensas aquosa e dores abdominais como sintomas de cólera.
- ✓ 50% das famílias entrevistadas reportaram que nos últimos 03 meses pelo menos entre 1 a 3 membros do seu agregado apanhou diarreia.
- ✓ 90% das famílias entrevistadas reportaram conhecerem algum membro de outro agregado familiar que tenha apanhado cólera nos últimos 03 meses.
- ✓ 70% das famílias entrevistadas indicam conhecerem alguém que tenha apanhado cólera no último surto.
- ✓ 100% das famílias entrevistadas indicam a lavagem das mãos como a forma de prevenir a cólera contudo, 30% indicam como segunda opção alternativa o descarte devido o lixo; 20% armazenar água em recipientes limpos e tampados e 30% ferver a água antes de beber.

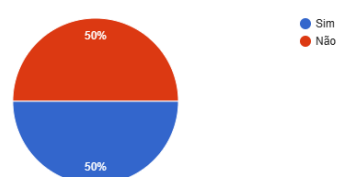
- ✓ 100% das famílias entrevistadas afirmam poder aderir as campanhas de vacinação contra cólera.
- ✓ 70% das famílias não ouviu nenhum tipo de rumores sobre a cólera e 10% indicam que ouviram rumores que a cólera pode ser tratada como remédios caseiros e 20% que a cólera e transmitida apenas por alimentos contaminados

### Observações conduzidas nas residências das famílias entrevistadas

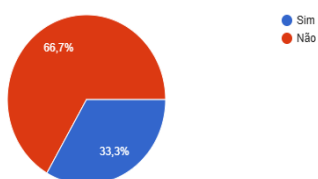
1. A família dispõe de uma latrina tradicional ou melhorada?



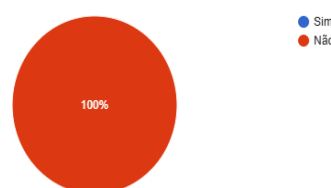
2. A família dispõe de poço/ furo de água?



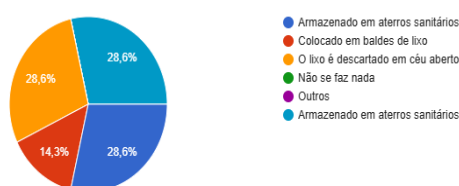
3. A família dispõe de uma copa?



4. O agregado familiar tem dispositivo de lavagem das mãos?



5. Como é que o lixo é tratado ?



- ✓ 50% das famílias possuem furo de água deste 28% não funcional e 22% funcional, enquanto que 50% não possuem furo de água.
- ✓ 100% das famílias visitadas e entrevistadas não possuem um dispositivo de lavagem de mão.
- ✓ 66,7% das família visitadas dispões de uma copa enquanto que 33,7% não dispõe de copa.
- ✓ 66,7% das família visitadas dispões de latrina tradicional ou melhoradas enquanto que 33,7% não dispõe de latrina nem melhorada e nem a tradicional.

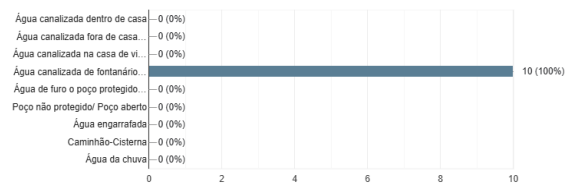
- ✓ 26,8% das famílias descarta o seu lixo ao céu aberto.
- ✓ 57,2% das famílias armazena o seu lixo no aterro sanitário.
- ✓ 14,3% das famílias deposita o lixo em baldes caseiros.

## Bairro Acordos de Lusaka

### Componente de Água

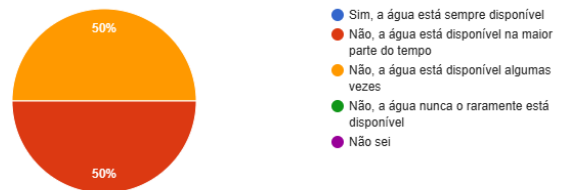
1. Qual é a principal fonte de água utilizada pelo seu agregado familiar para beber?

10 respostas



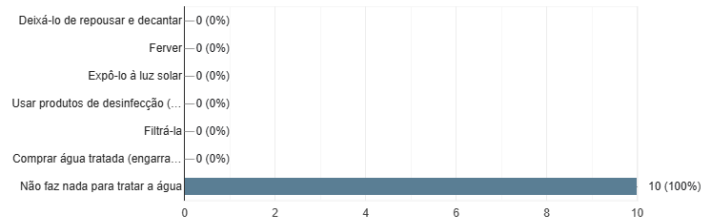
2. A água está sempre disponível na sua principal fonte de água (a fonte que você usa para beber água)?

10 respostas



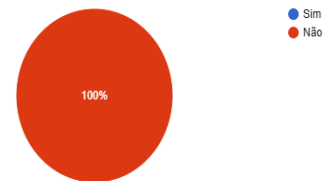
4. O que o seu agregado familiar faz normalmente para tornar a água mais segura para beber? (selecione tudo que se aplica)

10 respostas



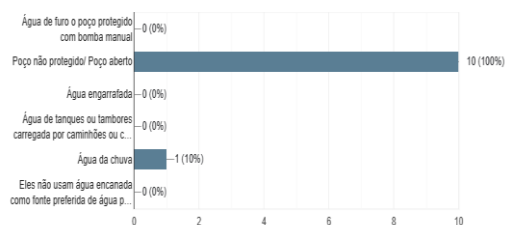
3. O seu agregado familiar trata a água de alguma forma para torná-la mais segura para beber? (selecione um)

10 respostas



6. Quando não há água canalizada disponível, que fonte você utiliza para beber? (selecione um)

10 respostas



5. Se é que o seu agregado familiar não trata a água, porque? (selecione tudo que se aplica)

10 respostas



- ✓ 100% das famílias entrevistadas tem como principal fonte de água para beber água canalizada fora do quintal.
- ✓ 50% das famílias entrevistadas reportam que água não esta disponível sempre e 50% afirma que água esta disponível a maior parte das vezes.

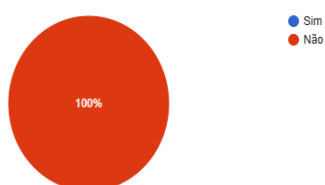
### Sobre tratamento de água

- ✓ 100% das família entrevistadas não tratam água para beber.
- ✓ 50% das famílias entrevistadas não acham o tratamento de água necessário, enquanto que, 40% indicam que os produtos para tratamento de água são muito caros e 10% indica que não existe tratamento disponível ( CERTEZA).
- ✓ 100% das famílias entrevistadas indicam que na falta de água canalizada estes usam água do poço não protegido( ou aberto) para beber e como opção alternativa 10% indicam consumir a água da chuva.

## Componente de Higiene

1. O teu agregado familiar tem dispositivo de lavagem das mãos?

10 respostas



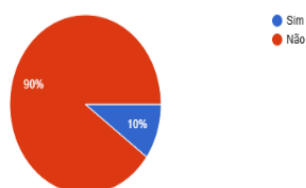
2. Que tipo de dispositivo de lavagem das mãos que o seu agregado familiar utiliza actualmente para lavar as mãos?

10 respostas



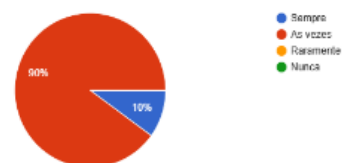
3. A instalação de lavagem de mãos é partilhada?

10 respostas



4. Você lava as mãos?

10 respostas

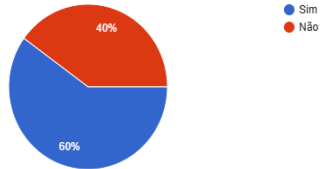


- ✓ 100% da famílias entrevistadas indicam não ter dispositivo de lavagem das mãos
- ✓ 100% das famílias entrevistadas indicam usarem baldes para lavagem das mãos.
- ✓ 90% das famílias entrevistas lavam as mãos sempre, 10% as vezes.

## Componente de Saneamento

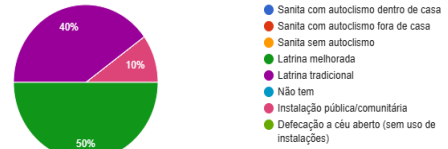
1. O seu agregado familiar tem latrina/instalação sanitária?

10 respostas



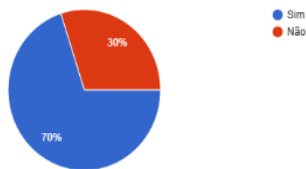
2. Que tipo de instalação sanitária (latrina) é habitualmente utilizada pelo seu agregado familiar?

10 respostas



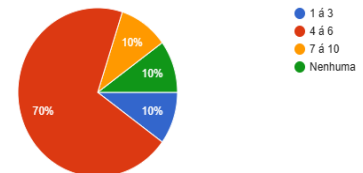
3. A instalação sanitária (latrina) do seu agregado familiar é partilhada com outras famílias?

10 respostas



4. Quantas famílias partilham a instalação sanitária (latrina) do seu agregado familiar?

10 respostas



60% de residências das famílias dispõem de latrinas enquanto que, 40% não dispõem de latrinas.

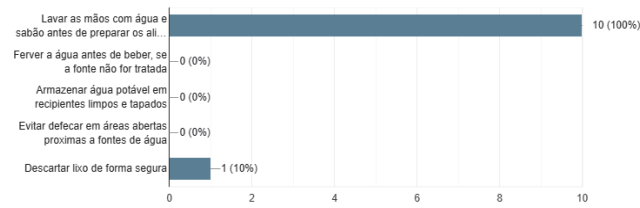
50% das famílias dispõem de latrina melhorada enquanto que, os restantes 40% dispõem de latrina tradicional e 10% das famílias usam latrina pública/comunitária.

30% das famílias não partilham as latrinas com outras famílias enquanto que, 70% das famílias entrevistadas partilham as latrinas com outras famílias que em média são entre 4 a 6 pessoas.

## Componente de Comunicação de Risco e Engajamento comunitário sobre a cólera

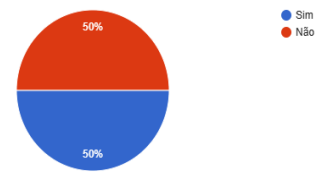
### 3. Sabe o que fazer para prevenir a cólera?

10 respostas



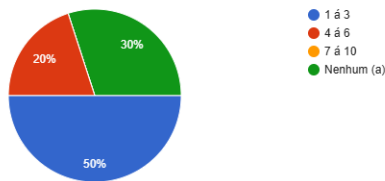
### 5. Algum dos membros do seu agregado familiar (incluindo você) sofreu de diarreia nos último 3 meses?

10 respostas



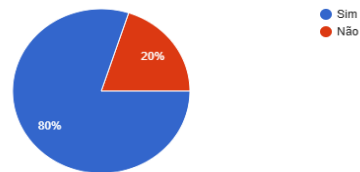
### 6. Quantos dos membros do seu agregado familiar (incluindo o senhor) sofreram de diarreia no último 3 meses.

10 respostas



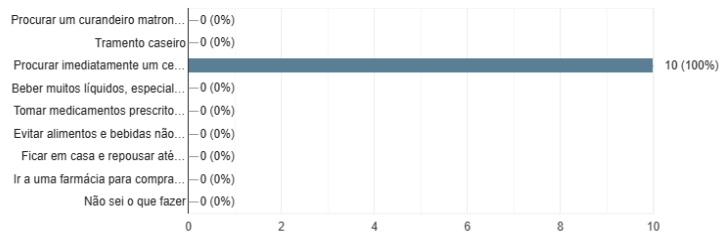
### 7. Alguém no seu bairro apanhou cólera no último surto (este ano)?

10 respostas



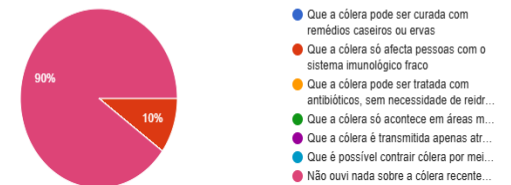
### 9. O que deve fazer se manifestar sintomas de cólera?

10 respostas



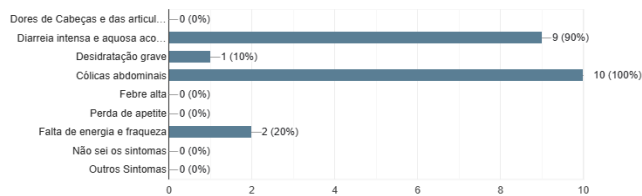
### 11. O que ouviu falar recentemente sobre a cólera, que não tem certeza que seja verdade?

10 respostas



### 8. Quais são os principais sintomas da cólera que conhece?

10 respostas



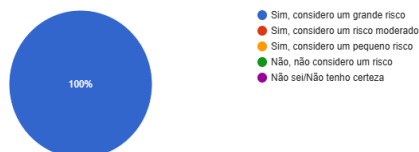
### 10. Se existir uma campanha de vacinação contra a cólera, aceitaria receber a vacina como forma de prevenção da doença?

10 respostas



### 2. Considera a cólera um risco para a sua saúde?

10 respostas

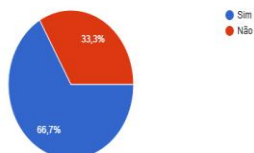


✓ 100% das famílias entrevistadas sabem o que é a cólera.

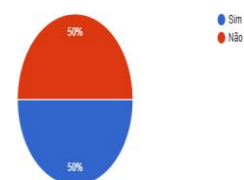
- ✓ 100% das famílias consideram a cólera como risco para saúde.
- ✓ 100% das famílias entrevistadas indicam a lavagem das mãos antes de preparar os alimentos e depois de usar a casa de banho como forma de prevenir a cólera, contudo 10% das famílias indicam como opção alternativa o descarte de lixo seguro como forma de prevenir a cólera.
- ✓ 100% das famílias entrevistadas conhecem os sintomas de cólera destacando diarreias aquosas e dores da barriga, fraqueza.
- ✓ 100% das famílias entrevistadas indicam que diarreias intensas aquosas como sintomas de cólera e como opção alternativa 90% das famílias indicam dores abdominais como sintomas de cólera também enquanto que 10% indicam falta de energia e fraqueza.
- ✓ 50% das famílias entrevistadas reportaram que nos últimos 3 meses pelo menos entre 1 a 3 membros do seu agregado apanhou diarreia nos últimos 3 meses.
- ✓ 80% das famílias entrevistadas indicam conhecerem alguém que tenha apanhado cólera no último surto.
- ✓ 100% das famílias entrevistadas indicam a lavagem das mãos como a forma de prevenir a cólera contudo 30% indicam como segunda opção alternativa o descarte devido ao lixo;
- ✓ 100% das famílias entrevistadas afirmam poder aderir às campanhas de vacinação contra cólera
- ✓ 90% das famílias afirmaram não terem ouvido nenhum rumor sobre a cólera enquanto que 10% afirmam ter ouvido que a cólera afecta pessoas com sistema imunológico fraco.

## Observações feitas nas residências das famílias Entrevistadas

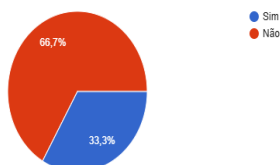
1. A família dispõe de uma latrina tradicional ou melhorada?



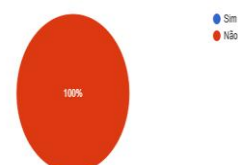
2. A família dispõe de poço/ furo de água?



3. A família dispõe de uma copa?



4. O agregado familiar tem dispositivo de lavagem das mãos?



- ✓ 50% das famílias possuem furo de água deste 12% não funcional e 38% funcional, enquanto que 50% não possuem furo de água.
- ✓ 100% das famílias visitadas e entrevistadas não possuem um dispositivo de lavagem de mão.
- ✓ 66,7% das família visitadas dispões de uma copa enquanto que 33,3% não dispõe de copa.
- ✓ 66,7% das família visitadas dispões de latrina tradicional ou melhoradas enquanto que 33,7% não dispõe de latrina nem melhorada e nem a tradicional.
- ✓ 16,7% das famílias descarta o seu lixo ao céu aberto
- ✓ 66,6% das famílias armazena o seu lixo no aterro sanitário
- ✓ 16,7% das famílias deposita o lixo em baldes caseiros

#### 4.1.1 Apresentação de dados das entrevistas

N.	PERGUNTAS	RESPOSTAS
<b>CONHECIMENTO SOBRE CONCEITO/ CAUSA / TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO</b>		
1	O que é Cólera?	<p><b>B.JNR E#1</b> “... cólera é quando você tem diarreia igual água de arroz cozido, sai toda hora não te dá tempo para nada ...”( Mulher,55 anos de idade).</p> <p><b>B.JNR E# 4</b> “...O que é cólera bem bem, eu não sei, só costumo ouvir aqui na rádio, com líder e outras pessoas do centros de saúde que cólera é uma doença que aparece como diarreia forte, diferente da diarreia normal, sai muito mesmo e pode matar de qualquer maneira. Cólera sempre acontece quando no tempo de chuva e muito mais para aquelas pessoas que não tem higiene..”. ( Homem, 44 anos de idade).</p> <p><b>B.AL E#4</b> “...Cólera você começa a sentir joelhos, muita fraqueza mesmo, diarreia com vomito aqui pessoa deve mesmo correr ir no hospital ...”. (Mulher 60 anos de idade ).</p>
2	Que comportamentos podem aumentar o risco de contaminação da cólera?	<p><b>B.AL, E # 3</b> “... aqui antes muitos pensavam assim, que cólera tinha haver com feitiçaria mais depois vimos que não, agora a pessoa basta apanhar diarreia mais de 3 dias continuar nos estamos correr para hospital não ficamos mais em casa e nem procuramos curandeiro para isso porque já sabemos e cólera e cólera mata...”. Palavras da anciã, 59 anos de idade, sobrevivente de cólera.</p> <p><b>B JNR E# 5</b> “... No nosso bairro nos temos falta de água não existem condições de saneamento, todo comportamento da população aqui lhe expõe para apanhar cólera, todo comportamento aqui e comportamento de risco você só escapa porque de verdade não chegou sua vez. Dizem que cólera e doença de sujidade como e que podemos ter higiene sem água...” (Homem, 44 anos de idade)</p>

		<b>B.JNR, E# 3</b> “ ... o risco de contaminação de cólera pode ser aumentado através da falta de higiene, não lavar as mão, não lavar bem os alimentos, não enterrar o lixo deixar assim de qualquer maneira isso pode fazer com que a pessoa apanhe cólera... ”. (Mulher , 37 anos de idade)
3	Quais medidas podem ser tomadas aqui no bairro para evitar a propagação da cólera?	<p><b>B.JNR, E # 1</b> “...aqui no bairro todas as pessoas falam de lavar as mão, se não lavas as mão vai apanhar cólera. E se a sua casa é suja vai apanhar cólera mais nada...” (( Mulher,55 anos de idade).</p> <p><b>B.AL, E # 1</b> “...para evitar esta doença basta só a pessoa lavar as mãos, tomar bem banho e estar a lavar também as verduras só, dai a pessoa não apanha esta doença. Mais o problema aqui é que não temos agua para estar a fazer estas todas coisas... ”. (Mulher chefe de família, 49 anos de idade).</p> <p><b>B.JNR, E # 2</b> “... a forma como eu vejo para evitar essa coisa de cólera continuar e contaminar outras pessoas e a pessoa ter cuidado consumir agua tratada, o problema aqui e que certeza esta muito carro e não conseguimos comprar, você tem procurar dinheiro para comprar agua e depois procurar dinheiro para comprar certeza as pessoas acabam bebendo agua não tratada mesmo. Quando estiver muito suja a pessoa poe a agua a sentar pouco depois beber... ” (Homen, 37 anos de idade).</p>
<b>COMPONENTE DE ÁGUA</b>		
1	O que você faz quando não há água disponível no bairro?	<p><b>B.JNR, E # 20</b>“... o problema de água aqui nos bairros é sério e não se faz nada para ajudar a população, o município veio cavar aqui e já passa 3 anos e nada ate hoje não temos água...:” (Homem, 39 anos de idade).</p> <p><b>B.JNR, E # 17</b> “..as famílias aqui no bairro compram água ara beber e quando essa água para beber acaba as famílias vão tirar no poço dos vizinho porque também toda hora 20Mts para 20Litros de agua não ajuda nada...” (Mulher 47, anos de idade).</p> <p><b>B. AL, E # 1</b> “...Quando não temos água para beber tiramos no poço daqui de casa água não e boa mais vamos fazer o que não existe agua para todos a pessoa deve se arranjar ...”(Mulher 35 anos de idade ).</p>
2	Onde a famílias do bairro obtém água para beber? Pode descrever como essa fonte funciona?	<p><b>B. AL, E # 9</b>“... No aqui no bairro compramos água para beber, vem uma empresa que vem vender.” (Homem, 32 anos de idade).</p> <p><b>B.JNR, E # 10</b> “...Aqui no bairro umas famílias compram outras usam água do poço para beber...” (Homem 30 anos de idade ).</p> <p><b>B.JNR, E # 11</b> “...aqui minha família nos usamos água do fontenário para tudo, lavar pratos, cozinhar, toar banho e ate beber...” (Mulher, 35 anos de idade)</p>
3	O que a sua família faz para tornar a água mais segura para beber?	<b>.B.AL, E # 1:</b> “...aqui bebe água boa quem tem dinheiro nos que não temos deixamos nas mãos de Deus só porque aqui não tem boa agua para beber por isso crianças estão apanhar diarreia sempre.... ”.(Homem 44 anos de idade ).

<b>COMPONENTE DE HIGIENE</b>		
1	Como é que a sua família costuma higienizar as mãos no dia-a-dia?	<p><b>B.JNR, E # 2</b> “... a minha família só lava as mãos quando existe água, como água e difícil não lavamos como gostávamos de lavar...” (Mulher ,33 anos de idade).</p> <p><b>B.A.L E #7</b>” ... a minha família usa água para higienizar as mãos no dia a dia, usamos também sabão...”(Homem 37 anos de idade).</p> <p><b>B.JNR E#8</b> “... aqui na minha casa usamos água com sabão para higienizar as mãos no dia a dia...” (Mulher 35 anos de idade).</p>
2	Que cuidados você toma ao preparar as refeições para evitar contaminações?	<p><b>B.JNR, E # 09</b> “... aqui na minha casa lavamos bem os alimentos antes de cozinhar e também as panelas...” (Mulher 35 anos de idade).</p> <p><b>B.A.L E #6</b>“... na minha casa nos lavamos bem as verduras e muita água quando tem e cozinhamos ... (Mulher 32 anos de idade).</p> <p><b>B.JNR, E # 6</b> “... aqui na minha casa lavamos bem os alimentos e cozinhamos, evitamos deixar moscas pousarem e deixamos num lugar também para os cães e gostos não alcançarem...” (Homem 43 anos de idade).</p>
3	Na sua opinião, quais são os maiores desafios para manter uma boa higiene no seu bairro?	<p><b>B.JNR, E # 02</b> “... aqui no bairro a higiene só pode melhorar com existência de água , ainda é difícil ter acesso a água...” (Mulher 33 anos de idade ).</p> <p><b>B.A.L E # 07</b> “... o governo deve dar água a população , o governo deve vir recolher lixo aqui no bairro ...” ( Mulher 39 anos de idade).</p>
<b>COMPONENTE DE SANEAMENTO</b>		
1	Que tipo de instalação sanitária o seu agregado familiar utiliza habitualmente? Pode descrever?	<p><b>B.JNR E#2</b> “...Na minha caso nos usamos latrina tradicional...” (Mulher, 35 anos de idade).</p> <p><b>B.JNR E#3</b>“... na minha casa não tenho latrina , eu e a minha família fazemos as necessidades maiores em casa da família vizinha e quando estiver ocupado vamos para a mata...”(Homem, 33 anos de idade).</p> <p><b>B.A L E#8</b>“...No passado no usamos a latrina mais a fossa já encheu e não temos dinheiro para chamar conselho para vir esvaziar assim estamos a partilhar na casa da vizinho ...” (Homem 44 anos de idade).</p>
2	Quais são os principais desafios enfrentados pelo seu agregado familiar em relação ao saneamento?	<p><b>B.JNR, E # 02</b> “... os desafios são muitos aqui atras de casa temos uma lixeira esta muito cheio mais o conselho não vem tirar quando chove todo cheio entra em casa, as moscas os mosquitos....”( Mulher 38 anos de idade ).</p> <p><b>B. A.L E#04</b>“...Desse caminho de onde vocês esta a vir não viram aqueles esgotos nos estamos com medo de crianças um dia caírem la mesmo, aquele esgoto esta assim, quando chover vai priorar, já reclamamos com líder e nada,</p>

		<p><i>e aquele esgoto esta a causar muitas doenças aqui ...”(Mulher 35 anos de idade).</i></p> <p><b>B.JNR, E # 4</b> “...assim que esta para começar o tempo chuvoso não vai se passar mais porque tudo estará cheio de água e vai ficar ai até Julho quando vai secar bem bem...” (Homem, 44 anos de idade).</p>
3	O que poderia ser feito para melhorar as condições de saneamento aqui no seu bairro?	<p><b>B. A.L E#5</b>“... o governo deve entrar aqui no bairro e resolver todos estes problemas de agua, esgoto e lixo que esta mesmo mal só governo que pode resolver ...”(Homen, 32 anos de idade ).</p> <p><b>B.JNR, E # 4</b>“...Aqui no nosso bairro o maior problema e lixo com água é isso que nos estamos a pedir sempre para governos resolver, desde que veio cavar aqui ate hoje nada se fez..” (Mulher 38 anos de idade ).</p> <p><b>B.JNR, E # 5</b> “...nos a população estamos a fazer e já fizemos muito todos os problemas daqui do nosso bairro esses que falamos , agua , casa de banho e chuva so governo pode resolver vir melhorar e contruir as coisas para vivermos bem..,” (Mulher 37 anos de idade).</p>

## 4.2 Análise e Discussão dos Resultados

As análises de discussão de dados colhidos foram centrados nas duas (2) áreas prioritárias preconizadas no Plano Nacional de Cólera (2017) e Direcção Provincial de Saúde da Zambézia, nomeadamente Água Potável; Segurança e Higiene dos Alimentos; Saneamento do Ambiental; Vacinação e Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário que serviram de recurso na criação das componentes dos questionários usado assim sendo obtivemos os seguintes resultados;

### 1. Água Potável; Segurança e Higiene dos Alimentos; Saneamento do Ambiental; Vacinação

- Apesar das melhorias consideráveis em termos de aparente condições económicas das famílias e ligeiro facilitado acesso a água das famílias do bairro Acordos de Lusaka comparativamente ao bairro de Janeiro, as famílias no bairro Acordos de Lusaka optam por não tratarem agua.
- No bairro de Janeiro 50% das família entrevistadas não tratam agua para beber e 40% deixam pousar para decantar e 10% usa do produtos de desinfecção CERTEZA, contudo que devido a custo do referido produto acabam de forma intermitente deixando pousar. Enquanto no bairro Acordos de Lusaka 100% das família entrevistadas não tratam agua para beber devido

ao custo da CERTEZA acabam por não fazerem nada para tratamento da água e 50% das famílias entrevistadas **não acham o tratamento de água necessário**, enquanto que, 40% indicam que os produtos para tratamento de água são muito caros e 10% indica que não existe tratamento disponível (CERTEZA). Existe um esforço mínimo considerável por parte das famílias do bairro de Janeiro de consumir água tratada enquanto que as famílias do bairro Acordo de Lusaka não exercem qualquer tipo de esforço. Mesmo assim o bairro de Janeiro continuam sendo o bairro com maiores casos de cólera comparado ao Acordo de Lusaka.

- A cólera não é apenas tipificada como doença da pobreza, da sujidade, do lixo e dos maus hábitos de higiene. A cólera é uma doença que denuncia fundamentalmente as desigualdades sociais na medida que o adoecimento e a morte dos indivíduos pela doença estão relacionados com as condições precárias de saneamento existentes no bairro e a capacidade socioeconómica dos moradores em prevenir-se da doença.
- As condições de Saneamento são quase que inexistentes neste bairros e qual esforço empreendido pelas famílias resulta em fracasso por não existe higiene sem água e verificamos deficiências graves na provisão deste precioso liquido. E a culpabilização das estruturas administrativas e governativas sobre cenário que se vive nestes dois bairros.

Segundo o PNC (2016) cujo a sua elaboração foi coadjuvada pela OMS, melhor meio de protecção contra epidemias de cólera é através do abastecimento de água potável em quantidade e qualidade, boas condições de saneamento do meio, boa higiene individual e colectiva, produção e disseminação de mensagens para a promoção da higiene e saúde, e mobilização de outros sectores para apoiar nesta actividade., Porque a água contaminada é a fonte habitual de transmissão da cólera, é crucial o fornecimento de água potável, para o consumo e preparação de alimentos e em particular para lavar as mãos. Nas áreas urbanas, deve ser disponibilizada água potável através dum sistema de abastecimento de água, contudo em situações de emergência, a água pode ser fornecida por camiões - cisterna.

Nas zonas rurais onde não há nenhuma fonte de água tratada e, onde a água existente é a de poços, rios, etc deve ser feito o tratamento da água adicionando produtos químicos a

base de cloro (exemplo: certeza), ou pela fervura até a ebulição, ou, outros métodos existentes, para o tratamento da água. A cloração deve ser recomendada, principalmente em situações de emergência, mesmo quando a água potável é segura.

## 2. Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário

- As percepções que os indivíduos têm sobre a cólera são homogêneas o que corrobora os resultados obtidos em estudos efectuados em estudos similares e já referido no presente estudo. Entretanto, as análises revelaram um grande desfasamento com as acções e comportamentos que os indivíduos e famílias tem adotado. As famílias conhecem cólera e as algumas medidas de prevenção e resposta bem como compreendem que a cólera constitui um risco para saúde.
- Cerca de 100% das famílias entrevistadas relatam que não terem ouvido nenhum rumor sobre a cólera. E são unânimes em afirmar que em situação de cólera os indivíduos devem ser conduzidos imediatamente para unidade sanitária para obterem o tratamento e cuidado necessário.
- Para ambos bairros acções de comunicação, sensibilização e disseminação de mensagens-chaves sobre boas práticas de WaSH servira de reforço visto que as comunidades já dispõem de informação. A vigilância servira para forçar uma transformação e mudança de comportamento sustentável por parte das famílias.

O PNC (2016) & OMS (2003) Guião de Comunicação de riscos em emergências de saúde pública, reconhece a Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário (RCCE) como um pilar de resposta fundamental para emergências de saúde pública **quando surgem novas epidemias ou pandemias**. Estes indicam que as pessoas precisam de informações imediatas, práticas e precisas sobre a doença, prevenção de infeções e controle de surtos. As mensagens de saúde pública que fornecemos frequentemente pedem que as pessoas mudem seu comportamento ou adotem novas normas, o que pode ser difícil de fazer ou contrário a certas crenças que elas têm. Desconfiança em governos e sistemas de saúde, baixas percepções de risco, disseminação de rumores e desinformação e estigma de certas pessoas e grupos também são barreiras comuns para respostas eficazes a surtos.

Segundo a OMS, a promessa do RCCE é comunicar e envolver as comunidades nos seus termos para ajudá-los a proteger suas famílias e vizinhos e impedir a expansão do surto e os impactos sobre os meios de subsistência e o bem-estar. O RCCE coloca as comunidades no centro de uma resposta.

Assim sendo é preciso todas as estruturas engajadas no processo de resposta a cólera que se empenhem todos os esforços necessários e usem de todos mecanismos existentes para assegurar que a erradicação de boatos sobre a doença cólera no seio das comunidades e maior engajamento das comunidades na resolução destes incidentes.

## CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E SUGESTÕES

### 5.1 Conclusões

A presente dissertação intitulada “ Práticas Comunitárias que Contribuem para o Ressurgimento da Cólera na Cidade de Quelimane “ é um estudo de caso da epidemia de cólera nos bairros Acordos de Lusaka e Janeiro e procura conhecer as práticas comunitárias que contribuem para ressurgimento da cólera. De acordo com o objectivo de geral, o **estudo permitiu concluir que as** práticas que contribuem para o ressurgimento de cólera são *o consumo de água não tratada proveniente de poços não protegidos e de fontenários públicos, deficiente maneiio de resíduo sólido inconsistência na lavagem das mãos*. Adicionalmente abaixo detalha as conclusões por objectivo específico.

**Em relação ao objectivo 01: Aferir as principais práticas comunitárias que contribuem para ressurgimento de surto de cólera nas famílias e comunidades da cidade de Quelimane.**

Com base nas análises dos dados colhidos as principais práticas que contribuem para o ressurgimento de cólera são *o consumo de água não tratada proveniente de poços não protegidos e de fontenários públicos, deficiente maneiio de resíduo sólido inconsistência na lavagem das mãos*. Adicionalmente referir que todas as práticas higiènes que exigem a existência, uso e utilização de água são praticamente inadequadas ou inexistente devido aos desafios reais existentes para obtenção deste precioso líquido.

**Em relação ao objectivo 02: Identificar os factores que influenciam na adopção de práticas comunitárias que contribuem para a ocorrência de cólera na cidade de Quelimane.**

Falar dos factores que influenciam na adopção de práticas não que contribuem para ocorrência de cólera, na óptica dos entrevistados, é falar de uma série de situações interdependentes que forcam adopção de práticas não adequadas e o consequente adoecimento das pessoas pela doença. Todas as famílias entrevistadas, partem de princípio que a ocorrência da cólera está relacionada com problemas de carácter estrutural relacionados com o **saneamento do meio** como: a existência de lixo e água estagnada nas valas de drenagem, a volta dos poços abertos, nos locais próximos às

residências e falta de contentores de lixo e ausência completa de uma resposta por parte das entidades encarregadas pelo saneamento do meio e pela construção de infra-estruturas no bairro torna-se numa questão preocupante para os moradores. O lixo que não é removido, as valas de drenagem que não beneficiam de manutenção, a falta de sistema de esgoto para drenagem de águas residuais das residências, segundo os entrevistados, colocam as pessoas propensas a cólera, numa situações de risco que não são atendidas por parte de quem é tem a responsabilidade de resolver.

Por outro lado, a **pobreza** é apontada como componente e o factor importante que faz com que a cólera tenha mais incidência em famílias com baixo recurso económico. Todas famílias entrevistadas indicam que porque a cólera não é uma doença que se pode atribuir a um determinado factor, ela pode surgir por várias razões, o importante é perceber se as famílias têm meios e condições de proteger-se da doença ou não. Assim, são as condições económicas que lhes incapacita em responder ou prevenir-se da cólera, que colocam as famílias em situações de risco.

Afirmavam que a pobreza criava sérios problemas ligados a **falta de recursos económicos** para custear uma serie de despesas para se evitar a cólera, como construção de uma casa de banho convencional ou latrina melhorada, construção de uma fossa séptica para o depósito de águas residuais, comprar o purificador de água. Referir que, no bairro de Janeiro 01 galão de 20L de água canalizada custa 10Mts e nem todas as famílias tem condições financeiras para adquirir este galão dai que a maior parte das famílias entrevistadas sente se forçadas a recorrer a água dos poços não protegidos que são na maioria no bairro e usar a técnica de por a água a decantar antes do seu consumo.

### **Em relação ao objectivo 03: Relacionar as práticas comunitárias e administrativas com o ressurgimento de cólera na cidade de Quelimane.**

Ausência de uma resposta por parte das entidades encarregadas pelo saneamento do meio e pela construção de infra-estruturas no bairro torna-se numa questão preocupante para os moradores. O lixo que não é removido, as valas de drenagem que não beneficiam de manutenção, a falta de sistema de esgoto para drenagem de águas residuais das residências, segundo os entrevistados, colocam as pessoas propensas a cólera, numa situações de risco que não são atendidas por parte de quem é tem a responsabilidade de resolver. Ainda que as famílias e as comunidades se esforcem em

assegurar adopção de práticas adequadas estas estas altamente dependentes das respostas administrativa sem a qual o ressurgimento da cólera constituirá uma constância nos bairros identificados para estudo bem como na cidade de Quelimane no geral.

Com base nos dados colhidos concluímos que enquanto as condições actuais persistirem os índices de ocorrência que diarreias pode verificar um crescimento significativo e quando combinado com as recorrentes mudanças climáticas estes casos podem escalar para cólera, constituindo assim um problema de saúde pública. Concluimos também que, existem uma evidente partilha de responsabilidade por parte das autoridades administrativas e governativas locais, pelo mau funcionamento ou a inexistência dos serviços públicos básico tais como na recolha dos resíduos sólidos, precaridade dos sistemas básico de saneamento, privação sobre abastecimento de água, que multiplica a zero todos os esforços envidados pelos indivíduos, famílias e comunidades que podiam contribuir para erradicar a cólera nestes bairros. Implantando um espirito de desleixo e desinteresse das comunidades resultante também da fraca vigilância das boas prática de água, higiene e saneamento. *As condições actualmente vividas nas áreas de estudo carecem uma atenção e acções concretas multissetorial urgente.*

Neste sentido, a eliminação dos **factores de risco identificados nas áreas dependem de uma acção governativa urgente e combinada com massiva disseminação sobre mensagens chave s sobre colega e principalmente campanhas de sensibilização massiva ou porta a porta sobre boas práticas de WaSH e a relação com surgimento de cólera**

A partir das informações recolhidas, podemos concluir que as percepções que os indivíduos têm sobre a cólera são homogéneas. Apesar que existir um grande desfasamento com as acções e comportamentos que os indivíduos e famílias tem adotado. As famílias conhecem cólera e as algumas medidas de prevenção e resposta bem como compreendem que a cólera constitui um risco para saúde. Concluimos ainda que a cólera não é apenas tipificada como doença da pobreza, da sujidade, do lixo e dos maus hábitos de higiene. **A cólera é uma doença que denuncia fundamentalmente as desigualdades sociais na medida que o adoecimento e a morte dos indivíduos pela**

**doença estão relacionados com as condições precárias de saneamento existentes no bairro e a capacidade socioeconómica dos moradores em prevenir-se da doença.** As condições de Saneamento são quase que inexistentes neste bairros e qual esforço empreendido pelas famílias resulta em fracasso porque **não existe higiene sem água e verificamos deficiências graves na provisão deste precioso líquido.** E a culpabilização das estruturas administrativas e governativas sobre cenário que se vive nestes dois bairros.

## **5.2 Sugestões/Sugestões**

Os resultados deste estudo serviram para reforçar que a cólera afecta desproporcionalmente os segmentos mais vulneráveis da população, particularmente aqueles que têm pouco ou nenhum acesso a água, saneamento e higiene básicos (WaSH). Acabar com a cólera constitui uma prioridade de governo de Moçambique que desenvolveu um plano Nacional de Combate a Cólera (PNC) alinhado com o “ fim da cólera – um roteiro global para 2030 lançado pela Força Tarefa Global para o controlo da Cólera (GTFCC) em 2017 e concorre igualmente para o alcance dos objectivos sustentáveis. E é neste âmbito que baseado nos resultados do estudo fazemos as seguintes recomendamos:

- No processo de resposta a cólera, que se observe a integralidade das acções sobre o saneamento básico, assumimos que estas podem constituir a chave para a erradicação da cólera e doenças diarreicas; incluindo práticas e serviços de saneamento mais abrangentes tais como abastecimento de água; esgotamento sanitário (inclusive tratamento de efluentes); coleta e disposição adequada de resíduos sólidos nos aterros sanitários; drenagem urbana; manutenção de esgotos e melhorias sanitárias domiciliares e de estabelecimentos públicos. *A falta de saneamento básico também gera inúmeros problemas de saúde para das famílias e comunidades.* Esta responsabilidade senta sobre o governo e sua administração.
- O Plano Nacional de Combate a Colera deve forçar a implementação de uma abordagem multissetorial e acções colaboração eficazes entre as partes interessadas, com papéis e funções bem coordenadas de diferentes parceiros para abordar as principais áreas de eliminação da cólera - *água e saneamento,*

*serviços e gestão de cuidados de saúde, epidemiologia e vigilância, e promoção da saúde e higiene. **Toda morte por cólera é evitável.***

- O governo e outras partes interessadas devem intensificar e massificar as campanhas de sensibilização e disseminação sobre as mensagens-chaves sobre cólera e boas práticas de WaSH a nível das comunidades e famílias, através das rádios comunitárias, uso de mega phones, campanhas porta a porta e distribuição de panfletos privilegiando a língua local. Isto deve fazer parte do pacote de preparação, resposta e pós resposta.
- No processo de formação e alocação do trabalho de saúde em particular agentes e Técnicos de Medicina Preventiva deve considerar a especificidade de cada bairro e maior privilégio deve ser dado ao pessoal local. Só assim estes desempenharão um papel assertivo e ainda mais activo como educadores na comunidade e promotores de boas práticas de população, com particular destaque para a higiene das águas e alimentos, higiene individual e colectiva, promoção da construção e uso correcto de latrinas e a deposição correcta dos resíduos sólidos nas comunidades e famílias nestes bairros. A recomendação é extensiva para maior engajamento dos Líderes Tradicionais, Religiosos, Políticos, Praticantes de Medicina Tradicional Agentes Polivalentes Elementares, Activistas e outras forças representativas das comunidades estes são cruciais para uma resposta adequada a esta doença nas comunidades da cidade de Quelimane.
- A DPS, SDSMAS deve criar condições para intensificar as medidas de vigilância comunitária para a prevenção e erradicação da cólera nas comunidades o que vai impulsionar os esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde na consolidação e propagação da estratégia de Educação para a Saúde.
- Lideranças comunitárias e religiosas devem promover um movimento introspectivo individual, familiar e comunitário sobre acções e percepções comunitárias sobre a doença cólera, analisando profundamente os factores socio-culturais e a adopção de práticas de água, higiene e saneamento adequadas e saudáveis o que vai contribuir para a redução dos impactos da morbimortalidade desta doença na cidade de Quelimane, visto que este exercício irá incitar mudanças transformadoras e sustentáveis nos seios das famílias, comunidade e bairros da cidade de Quelimane

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Peres, F. Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde (2002)
- Paulo Pires, Ahmed Abdirazak Ahmed, Ivandra Natércia, Lisete Correia, Maida J. Ibraimo, Muhammad H. Remane, Tarmamade Jussub Tarmamade, Yacub I. Ismail (2014) Conhecimentos sobre cólera em Namicópo, Nampula, Moçambique, 2014
- Minayo, Maria; Miranda, Ary (org). Saúde e ambiente sustentável: Estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.p. 135-141.
- Ministério de Saúde, Manual de Controlo e Prevenção de Cólera e Outras Doenças Diarreicas Agudas (2016)
- Relatório de Mapeamento de áreas críticas em Mozambique, INS (2023)
- Berger, P e Luckmann. (1999). Construção Social.
- Boletim Diário,191, CTC Dados Cumulativos de 05 de Novembro de 2023 a 18 de Maio de 2024, Zambézia
- Cliff, Julie, Mariano *et. al.* Onde não há médico. Londres: TALC – Teaching Aids at Low Cost, 2009.
- Peres, Frederico. Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde.
- In: Minayo, Maria; Miranda, Ary (org). Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.p. 135-141.
- White, F. N. (1923) The prevalence of epidemic disease and port health organization and procedure in the Far East, Geneva (League of Nations publication C.H. 130)
- Wiener, E. (1912) Quarantanestudien II. Wien. klin. Wschr. 25, 268
- Wilkinson, P. B. (1943) Cholera in Hong-Kong. Lancet, 2, 169
- Woodward, L. K. (1946) Condition simulating appendicitis following cholera vaccine inoculation. Nav. med. Bull. (Wash.), 46, 1377
- World Health Organization (1951) International Sanitary Regulations (World Health Organization Regulations No. 2) Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser. 41

### Referências Eletrônicas

- Baltazar, Pezzoli, Baloi, Luiz, Chitio, Capitine, Siteo, Mala, Langa ( 2022), Conditions to eliminate cholera in Mozambique - the pathway for the development of the national cholera plan
- Beltrão, Januge. Cólera e gentes de cores ou o acesso aos socorros públicos no século XIX. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: [www.Scielo.br/pdf/physis/v14nz/v14nza05.pdf](http://www.Scielo.br/pdf/physis/v14nz/v14nza05.pdf). Acesso em: 18 Junho de 2024.

Gujral, Lorna. Epidemia de cólera em Moçambique. Maputo: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em Acesso em 21 de Março de 2011.

Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas. *The Social Construction Of Reality: A Treatise In The Sociology Of Knowledge*. Garden City, Ny: Doubleday (1966).

Lequechane JD, Mahumane A, Chale F, Nhabomba C, Salomão C, Lameira C *et al*. Mozambique's response to cyclone Idai (2020): how collaboration and surveillance with water, sanitation and hygiene (WASH) interventions were used to control a cholera epidemic. *Infect Dis Poverty* ( Versao Electronica)

Wierzba TF. Oral cholera vaccines and their impact on the global burden of disease. *Hum Vaccin Immunother*. 2018;15(6): 1294-1301  
<https://tecnologiamidiaeinteracao.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/09/quivy-manual-investigacao-novo.pdf>

Horizonte 25 - Diário de Informação Geral 1002.pdf <https://www.acismoz.com/wp-content/uploads/2017/06/Horizonte%2025%20-%20Diario%20de%20Informacao%20Geral%201002.pdf>

UNICEF-Mocambique-Brochura-Advocacia-2022-2026.pdf  
<https://www.unicef.org/mozambique/media/5676/file/UNICEF-Mocambique-Brochura-54;k-Advocacia-2022-2026.pdf>

INA, Quelimane responde positivamente ao surto de cólera Posted on April 6, 2023  
[https://ins.gov.mz/quelimane-responde-positivamente-ao-surto-de-colera/?\\_page=2](https://ins.gov.mz/quelimane-responde-positivamente-ao-surto-de-colera/?_page=2)

<https://www.dw.com/pt-002/c%C3%B3lera-alastra-rapidamente-em-quelimane/a-65085439>

<https://ins.gov.mz/em-quelimane-bairros-de-icidua-e-micajuine-continua-com-altas-infeccoes-por-doencas-diarreicas-incluindo-colera/>

<https://cristianorodriguesdotcom.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/06/bergerluckman.pdf>

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1749975515615623>

<https://www.dw.com/pt-002/declarado-surto-de-c%C3%B3lera-em-quelimane-com-v%C3%A1rios-mortos/a-65018268>

<https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/disease-outbreak-toolboxes/cholera-outbreak-toolbox>

# APÊNDICE

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

\_\_\_\_\_ declaro, por meio deste termo de consentimento, que concordei em ser entrevistado (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre **o tema Práticas Comunitárias que Contribuem para Ressurgimento da Cólera na Cidade de Quelimane**. Afirmando que, aceitei participar por minha livre vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou coerção, aceitei com a finalidade exclusiva de partilhar as minhas experiências e práticas sobre cólera.

Fui esclarecida (o) de que informações por mim oferecidas serão de uso da pesquisa e partilhado para outros actores interessados obedecendo a confidencialidade. Fui ainda informada (o) de que posso parar com a entrevista, sem prejuízo para mim ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Confirmando a recepção de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

Assinatura do entrevistado \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do/a Pesquisador/a: \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

Nome do Bairro:	<input type="text"/>
Data	<input type="text" value="/ ____ /"/>
Hora de início	<input type="text"/>
Hora do término	<input type="text"/>
Entrevistador	<input type="text"/>

Olá/ Bom dia/ Boa tarde . O meu nome é **Clotilde Vilanculos Couto**. Estamos a realizar pesquisa sobre Praticas Comunitárias que Contribuem para Ressurgimento da Cólera na cidade de Quelimane. Tratando se de cólera vemos ser necessários fazer se inquérito sobre Agua, Saneamento e Higiene nesta Comunidade e famílias. Estamos esperançosos que as informações que iremos colher e recolhermos ajudará algumas estruturas na área de saúde, planificação e educação a identificar necessidades e a planear serviços. Esta entrevista tem duração de cerca de 20-45 minutos. Todas as respostas dadas serão confidenciais e não serão partilhadas com mais ninguém para além das pessoas envolvidas nesta pesquisa. Não e obrigatório participar da entrevista, entretanto esperamos que concorde em responder às perguntas, uma vez que as suas opiniões são bastantes valiosas e importantes. Se eu lhe fizer alguma pergunta que não queira responder, basta informar-me e passarei à pergunta seguinte ou pode parar a entrevista em qualquer altura. Estaria disposto participar da entrevista?

- Não --- (Termine a entrevista)  
 Sim

### Componente e ÁGUA

#### 1. Qual é a principal fonte de água utilizada pelo seu agregado familiar para beber?

- Água canalizada de fontanário ou torneira pública  
 Água de furo o poço protegido com bomba manual  
 Água canalizada dentro de casa  
 Água canalizada fora de casa mas dentro do quintal  
 Poço não protegido/ Poço aberto  
 Água canalizada na casa de vizinhos  
 Água engarrafada  
 Água da chuva  
 Caminhão-Cisterna

#### 2. A água está sempre disponível na sua principal fonte de água (a fonte que você usa para beber água)? (selecione um)

- Sim, a água está sempre disponível  
 Não, a água está disponível na maior parte do tempo  
 Não, a água está disponível algumas vezes  
 Não, a água nunca o raramente está disponível  
 Não sei

#### 3. O seu agregado familiar trata a água de alguma forma para torná-la mais segura para beber? (selecione um)

- Sim  
 Não

**4. O que o seu agregado familiar faz normalmente para tornar a água mais segura para beber? (selecione tudo que se aplica)**

- Deixá-lo de repousar e decantar
- Ferver
- Expô-lo à luz solar
- Usar produtos de desinfecção (certeza)
- Filtrá-la
- Comprar água tratada (engarrafada ou de fontes confiáveis)
- Não faz nada para tratar a água

**5. Se é que o seu agregado familiar não trata a água, porque? (selecione tudo que se aplica)**

- Não há tratamento disponível (certeza)
- Os produtos para tratamento são muito caros
- Acho que não é necessário
- Não gosto do cheiro/gosto da água após o tratamento
- Falta de conhecimento sobre como tratar a água
- Não acredita na eficácia dos métodos de tratamento
- Outros

**6. Quando não há água canalizada disponível, que fonte você utiliza para beber?**

- Água de furo o poço protegido com bomba manual
- Poço não protegido/ Poço aberto
- Água engarrafada
- Água de tanques ou tambores carregada por caminhões ou carroças
- Água da chuva
- Eles não usam água encanada como fonte preferida de água potável

## Componente de HIGIENE

**1. O teu agregado familiar tem dispositivo de lavagem das mãos?**

- Sim
- Não

**2. Que tipo de dispositivo de lavagem das mãos que o seu agregado familiar utiliza actualmente para lavar as mãos?**

- Típ- Tap
- Balde com torneira
- Pía com torneira (água canalizada)
- Outros
- Balde ou recipiente sem torneira
- Não utilizam um dispositivo específico (lavam directamente com água corrente)

**3. Instalação de lavagem de mãos é partilhada?**

- Sim
- Não

**4. Você lava as mãos?**

- sempre
- as vezes
- raramente
- nunca

## Componente de SANEAMENTO

### 1. O seu agregado familiar tem latrina/installação sanitária?

- Sim
- Não

### 2. Que tipo de instalação sanitária (latrina) é habitualmente utilizada pelo seu agregado familiar?

- Sanita com autoclismo dentro de casa
- Sanita com autoclismo fora de casa
- Sanita sem autoclismo
- Latrina melhorada
- Latrina tradicional
- Não tem
- Instalação pública/comunitária
- Defecação a céu aberto (sem uso de instalações)

### 3. A instalação sanitária (latrina) do seu agregado familiar é partilhada com outras famílias?

- Sim
- Não

### 4. Quantas famílias partilham a instalação sanitária (latrina) do seu agregado familiar?

- 1 á 3
- 4 á 6
- 7 á 10
- Nenhuma

## PROMOÇÃO DE BOAS PRATICAS

### 1. Sabe o que é a cólera?

- Sim
- Não
- Ouí falar, mas não sei exatamente o que é
- Não tenho certeza, mas acho que é uma doença

### 2. Considera a cólera um risco para a sua saúde?

- Sim, considero um grande risco
- Sim, considero um risco moderado
- Sim, considero um pequeno risco
- Não, não considero um risco
- Não sei/Não tenho certeza

### 3. Sabe o que fazer para prevenir a cólera?

- Lavar as mãos com água e sabão antes de preparar os alimentos e depois de sair da casa de banho
- Ferver a água antes de beber, se a fonte não for tratada
- Armazenar água potável em recipientes limpos e tapados
- Evitar defecar em áreas abertas proximas a fontes de água
- Descartar lixo de forma segura

### 4. Algum dos membros do seu agregado familiar (incluindo você) sofreu de diarreia nos ultimo 3 meses?

- Sim
- Não

**5. Quantos dos membros do seu agregado familiar (incluindo o senhor) sofreram de diarreia no último 3 meses.**

- 1 á 3
- 4 á 6
- 7 á 10
- Nenhum (a)

**6. Alguém no seu bairro apanhou cólera no último surto (este ano)?**

- Sim
- Não

**7. Quais são os principais sintomas da cólera que conhece?**

- Dores de Cabeças e das articulações
- Diarreia intensa e aquosa acompanhado por vomitos
- Desidratação grave
- Cólicas abdominais
- Febre alta
- Perda de apetite
- Falta de energia e fraqueza
- Não sei os sintomas
- Outros Sintomas

**8. O que deve fazer se manifestar sintomas de cólera?**

- Procurar um curandeiro matrona e ou lider comunitarios
- Tramento caseiro
- Procurar imediatamente um centro de saúde ou hospital
- Beber muitos líquidos, especialmente soro de reidratação oral
- Tomar medicamentos prescritos por um profissional de saúde
- Evitar alimentos e bebidas não seguros
- Ficar em casa e repousar até melhorar
- Ir a uma farmácia para comprar medicamentos
- Não sei o que fazer

**9. Se existir uma campanha de vacinação contra a cólera, aceitaria receber a vacina como forma de prevenção da doença?**

- Sim
- Não
- Depende das informações sobre a vacina
- Não tenho certeza, preciso de mais informações
- Já recebi a vacina anteriormente

**10. O que ouviu falar recentemente sobre a cólera, que não tem certeza que seja verdade?**

- Que a cólera pode ser curada com remédios caseiros ou ervas
- Que a cólera só afecta pessoas com o sistema imunológico fraco
- Que a cólera pode ser tratada com antibióticos, sem necessidade de reidratação
- Que a cólera só acontece em áreas muito remotas ou em situações extremas
- Que a cólera é transmitida apenas através de alimentos contaminados
- Que é possível contrair cólera por meio do contato direto com uma pessoa infectada
- Não ouvi nada sobre a cólera recentemente

Fim da entrevista  
Muito obrigada pelo tempo despendido e por estas partilhas valiosas que fez.

---

**5. Quantos dos membros do seu agregado familiar (incluindo o senhor) sofreram de diarreia no último 3 meses.**

- 1 á 3
- 4 á 6
- 7 á 10
- Nenhum (a)

**6. Alguém no seu bairro apanhou cólera no último surto (este ano)?**

- Sim
- Não

**7. Quais são os principais sintomas da cólera que conhece?**

- Dores de Cabeças e das articulações
- Diarreia intensa e aquosa acompanhado por vomitos
- Desidratação grave
- Cólicas abdominais
- Febre alta
- Perda de apetite
- Falta de energia e fraqueza
- Não sei os sintomas
- Outros Sintomas

**8. O que deve fazer se manifestar sintomas de cólera?**

- Procurar um curandeiro matrona e ou lider comunitarios
- Tramento caseiro
- Procurar imediatamente um centro de saúde ou hospital
- Beber muitos líquidos, especialmente soro de reidratação oral
- Tomar medicamentos prescritos por um profissional de saúde
- Evitar alimentos e bebidas não seguros
- Ficar em casa e repousar até melhorar
- Ir a uma farmácia para comprar medicamentos
- Não sei o que fazer

**9. Se existir uma campanha de vacinação contra a cólera, aceitaria receber a vacina como forma de prevenção da doença?**

- Sim
- Não
- Depende das informações sobre a vacina
- Não tenho certeza, preciso de mais informações
- Já recebi a vacina anteriormente

**10. O que ouviu falar recentemente sobre a cólera, que não tem certeza que seja verdade?**

- Que a cólera pode ser curada com remédios caseiros ou ervas
- Que a cólera só afecta pessoas com o sistema imunológico fraco
- Que a cólera pode ser tratada com antibióticos, sem necessidade de reidratação
- Que a cólera só acontece em áreas muito remotas ou em situações extremas
- Que a cólera é transmitida apenas através de alimentos contaminados
- Que é possível contrair cólera por meio do contato direto com uma pessoa infectada
- Não ouvi nada sobre a cólera recentemente

Fim da entrevista  
Muito obrigada pelo tempo despendido e por estas partilhas valiosas que fez.

## GUIÃO DE ENTREVISTA NAS FAMÍLIAS

Nome do Bairro:	<input type="text"/>
Data	<input type="text" value="/----/"/>
Hora de início	<input type="text"/>
Hora do término	<input type="text"/>
Entrevistador	<input type="text"/>

Olá/ Bom dia/ Boa tarde . O meu nome é **Clotilde Vilanculos Couto**. Estamos a realizar pesquisa sobre Praticas Comunitárias que Contribuem para Ressurgimento da Cólera na cidade de Quelimane. Tratando se de cólera vemos ser necessários fazer se inquérito sobre Agua, Saneamento e Higiene nesta Comunidade e famílias. Estamos esperançosos que as informações que iremos colher e recolhemos ajudará algumas estruturas na área de saúde, planificação e educação a identificar necessidades e a planear serviços. Esta entrevista tem duração de cerca de 20-45 minutos. Todas as respostas dadas serão confidenciais e não serão partilhadas com mais ninguém para além das pessoas envolvidas nesta pesquisa. Não e obrigatório participar da entrevista, entretanto esperamos que concorde em responder às perguntas, uma vez que as suas opiniões são bastantes valiosas e importantes. Se eu lhe fizer alguma pergunta que não queira responder, basta informar-me e passarei à pergunta seguinte ou pode parar a entrevista em qualquer altura. Estaria disposto participar da entrevista?  Não --- (Termine a entrevista)  
 Sim

### CONHECIMENTO SOBRE CONCEITO/ CAUSA / TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DA CÓLERA

1. O que é Cólera?
2. O que, na sua opinião, pode causar a cólera?
3. Que comportamentos podem aumentar o risco de contaminação da cólera?
4. Quais medidas podem ser tomadas aqui no bairro para evitar a propagação da cólera?

### COMPONENTE DE ÁGUA

1. O que poderia ser feito para melhorar o acesso e a qualidade da água onde você mora?
2. O que você faz quando não há água disponível no bairro?
3. Onde a famílias do bairro obtém água para beber? Pode descrever como essa fonte funciona?
4. O que a sua família faz para tornar a água mais segura para beber?

## COMPONENTE DE HIGIENE

- 1. Como é que o seu agregado cuida da higiene pessoal e colectiva diariamente?**
- 2. Como é que a sua família costuma higienizar as mãos no dia-a-dia?**
- 3. Quais práticas de higiene são mais importantes para você e sua família dentro de casa?**
- 4. Que cuidados você toma ao preparar as refeições para evitar contaminações?**
- 5. Na sua opinião, quais são os maiores desafios para manter uma boa higiene no seu bairro?**
- 6. O que poderia ser feito para melhorar as condições de higiene no seu bairro?**

## COMPONENTE DE SANEAMENTO

- 1. Que tipo de instalação sanitária o seu agregado familiar utiliza habitualmente? Pode descrever?**
- 2. Que práticas de higiene a sua família adopta ao usar a instalação sanitária?**
- 3. Quais são os principais desafios enfrentados pelo seu agregado familiar em relação ao saneamento?**
- 4. O que poderia ser feito para melhorar as condições de saneamento aqui no seu bairro?**

## GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Nome do Bairro:	<input type="text"/>
Data	<input type="text" value="/----/"/>
Hora de início	<input type="text"/>
Hora do término	<input type="text"/>
Observador	<input type="text"/>
Nº de agregado	<input type="text"/>

Olá/ Bom dia/ Boa tarde. O meu nome é **Clotilde Vilanculo Couto**. Estamos a realizar pesquisa sobre Praticas Comunitárias que Contribuem para Ressurgimento da Cólera na cidade de Quelimane. Tratando se de cólera vemos ser necessários fazer se inquérito sobre Agua, Saneamento e Higiene nesta Comunidade e famílias. Estamos esperançosos que as informações que iremos colher e recolhemos ajudará algumas estruturas na área de saúde, planificação e educação a identificar necessidades e a planear serviços. Esta entrevista tem duração de cerca de 20-45 minutos. Todas as respostas dadas serão confidenciais e não serão partilhadas com mais ninguém para além das pessoas envolvidas nesta pesquisa. Não é obrigatório participar da entrevista, entretanto esperamos que concorde em responder às perguntas, uma vez que as suas opiniões são bastantes valiosas e importantes. Se eu lhe fizer alguma pergunta que não queira responder, basta informar-me e passarei à pergunta seguinte ou pode parar a entrevista em qualquer altura. Estaria disposto participar da entrevista?

### 1. A família dispõe de uma latrina tradicional ou melhorada?

- Sim
- Não

### 2. A família dispõe de poço/ furo de água?

- Sim
- Não

### 3. A família dispõe de uma copa?

- Sim
- Não

### 4. O agregado familiar tem dispositivo de lavagem das mãos?

- Sim
- Não

### 5. Como é que o lixo é tratado ?

- Armazenado em aterros sanitários
- Colocado em baldes de lixo
- O lixo é descartado em céu aberto
- Não se faz nada
- Outros

## Cronograma

Ordem	Actividade	PERÍODO 2023 Á 2024									
		Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Marco
1	Realizar a pesquisa Bibliográfica	X	X	X							
2	Definir o Tema	X									
3	Definir a Metodologia	X	X	X	X						
4	Elaborar os instrumentos de colecta de dados (formulário de entrevista e questionários).			X	X						
5	Submeter o projecto aprovação do comité de científico				X	X					
6	Submeter o projecto a bioética					X					
7	Contratar inquiridores (após aprovação do comité de bioética)				X						
8	Realizar a indução dos inquiridores no uso dos instrumentos de recolha de dados.				X	X					
9	Realizar o levantamento de dados. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar encontros de apresentação dos objectivos da pesquisa com o governo do distrito e Directores dos sectores SDSMAS, Conselho Municipal e Obras Públicas;</li> <li>• Realizar encontros com chefes dos postos e localidades focais para apresentação das credências e das actividades.</li> <li>• Realizar encontros com actores chaves líderes comunitários para apresentação do projecto.</li> </ul>						X	X	X		
10	Analisar dos dados colhidos									X	
11	Discutir os resultados									X	X
12	Elaborar o relatório de conclusão									X	X
13	Realizar encontro de balanço do estudo e ajustes final										X
14	Apresentar o projecto final										X
15	Submeter o projecto final										X

## Orçamento

<b>Ordem</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Custo unitário</b>	<b>Total Mts</b>
1	Contratar inquiridores para recolher as informações.	2	4,350.00	8,400.00
2	Realizar encontro de apresentação de Termos de Referência e indução sobre as ferramentas de recolha de dados	1	1,500.00	1,500.00
3	Subsídios de transporte para inquiridores	2	600.00	1,200.00
4	Pagamento do IT	1	4,500.00	4,500.00
5	Combustível	1	1,500.00	1,500.00
6	Adquirir recargas	3	1,000.00	3,000.00
7	Reproduzir formulários e credencias	Tbd	1,500.00	1,500.00
8	Adquirir material de trabalho (canetas, lápis, borracha, pasta plásticas arquivo,)	2	1,750.00	1,750.00
9	Realizar encontro de balanço do estudo	1	1,500.00	1,500.00
10	Reproduzir projecto e encadernar	3	1,500.00	1,500.00
11	Emitir cartas para Bioética, Cobertura	2	100.00	100.00
12	Pagar a taxa da bioética	1	1,000.00	1,000.00
13	Reproduzir a relatório do projecto	3	1,850.00	5,550.00
14	Reproduzir a versão final da Relatório do Estudo	3	5,000.00	15,000.00
<b>Total .....</b>				<b>48,600.00</b>

## ANEXOS

### Imagens Captadas durante o trabalho de Campo







Universidade Católica de Moçambique  
Faculdade de Ciências Sociais e Políticas  
Rua: Maria de Lurdes Mutola nº 3100  
Quelimane - Moçambique  
Tel: (+258) 843198241  
e-mail: fcsp@ucm.ac.mz

**Exmo(a) Senhor(a)**  
**Comunidade**

Quelimane, 29 de Outubro de 2024

**Assunto: Pedido de autorização para realização de Pesquisa**

A Faculdade de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Católica de Moçambique, no âmbito da formação e produção de conhecimento científico-político, vem por este meio pedir a V. Excia se digne autorizar o(a) estudante: **Clotilde de Marquita Nhassambo Vilanculo Couto** matriculado (a) nesta instituição no Curso de Mestrado em Saúde Pública, para realizar pesquisa sob o tema: **Praticas Comunitárias que Contribuem para Ressurgimento da Cólera na Cidade de Quelimane.**

O(A) estudante acima mencionada se comprometerá a obedecer as disposições éticas no que consiste à garantia de confidencialidade das informações que lhes forem fornecidas pelos participantes da Pesquisa.

O Director da Faculdade

*Nito da Conceição Impissa*

(Prof. Nito da Conceição Impissa)

/Professor Auxiliar/

Contacto: 844030129



*Tomie*  
*Augusto Samucidy*



*o secretário*  
*do Banco*  
*de Investimentos*  
*'B' AC*  
*Comércio*  
*Amorim*





REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
 PROVINCIA DA ZAMBÉZIA  
 SERVIÇO PROVINCIAL DE SAÚDE

CREDENCIAL

O Serviço Provincial de Saúde da Zambézia, credencia a Senhora: **Clotilde Da Marquita N. Vilanculo Couto**, para apresentar-se no SDSMAS de Quelimane, afim de proceder com a recolha de dados no âmbito da pesquisa académica intitulada por, *“Práticas Comunitárias que Contribuem para Ressurgimento do Surto de Cólera na cidade de Quelimane”*.

A presente credencial produz efeitos até 6 meses a partir da data da emissão, podendo ser renovada em caso de necessidade.

Trata-se de uma pesquisa com fins académicos que de certa forma vai apoiar no melhoramento dos indicadores na província.

Quelimane, 15 de Novembro de 2024

O Diretor do Serviço Provincial

Oscar Ganizane Hawad

/Médico de Clínica Geral de 1ª/



*Tomu Vilanculo Couto*  
*Quil. Lourençidey*



*O secretário*  
*do Posto*  
*AC de Lourençidey*  
*Carlos Kizé*  
*Ame...*





REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

Comite Institucional De Bioética Para Saúde  
(CIBS) nº 8  
Província de Zambézia

Exmo dr Clotilde da Marquita N. Vilanculo Couto

Ref: 77/CIBS-Z/24

12 de Novembro de 2024

**Assunto:** Parecer do Comité Institucional de Bioética para Saúde sobre o protocolo intitulado *“Práticas Comunitárias que contribuem para Ressurgimento do suro de Cólera na cidade de Quelimane.”*

Reunido no dia 7 de Novembro de 2024, o Comité institucional de Bioética para a Saúde da província da Zambézia (CIBS-Z) tem a informar que foram avaliados os aspectos de ordem ético sob o protocolo de estudo intitulado *“Práticas Comunitárias que contribuem para Ressurgimento do suro de Cólera na cidade de Quelimane.”* Não vê nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo.

- O pesquisador continue a manter informado ao CIBS-Z sobre a decorrência do processo de implantação do protocolo bem como possíveis alterações;
- No fim da pesquisa, que partilhe os resultados com CIBS-Z, bem como os demais envolvidos.

Sem mais de momento, receba as nossas cordiais saudações;

O Vice-Presidente

*Rodrigues Pita Francisco*

Rodrigues Pita Francisco  
(Msc)

Comité Institucional de Bioética  
para Saúde (CIBSZ-nº8)  
Província da Zambézia

Endereço: Direcção Provincial da Saúde, Av. 1 de Julho, 2º Andar, Gabinete nº 3, Quelimane,  
Moçambique, Telefone 842539104/ 845421294/825755437



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
PROVINCIA DA ZAMBÉZIA  
SERVIÇO PROVINCIAL DE SAÚDE

A

Sr. Clotilde Da Marquita Vilanculo  
Quelimane

N/Ref. 2628 /SPS /001.5 /2024

Data: 04 / 11 /2024

**Assunto:** Resposta de Pedido de Carta de Cobertura.

O Serviço Provincial de Saúde da Zambézia, analisou o pedido formulado pelo qual a estudante pretende realizar uma pesquisa para a conclusão de **Mestrado em Saúde Pública**, na Universidade Católica de Moçambique, delegação de Quelimane, intitulado: "*Práticas Comunitárias que Contribuem para Ressurgimento de Cólera na Cidade de Quelimane*". Não tendo algo que possa impedir a realização da pesquisa, autorizamos que a mesma pode acontecer na província, desde que:

- Apresente a carta de aprovação ética antes da implementação;
- Solicite ao SPSZ, a credencial para iniciar as actividades de recolha de dados;
- O SPSZ seja mantido informado de todas as fases da pesquisa com a devida periodicidade;
- Os resultados finais da pesquisa sejam apresentados no local do estudo e no SPSZ.

Sem mais, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

O Diretor do Serviço Provincial



Óscar Ganizane Hawad

/Medico de Clinica Geral de 1ª/