

Conhecimentos sobre cólera em Namicópo, Nampula, Moçambique, 2014.

Knowledge about cholera in Namicópo, Nampula, Mozambique, 2014.

Autores: Paulo Pires¹, Ahmed Abdirazak Ahmed², Ivandra Natércia², Lisete Correia², Maida J. Ibraimo², Muhammad H. Remane², Tarmamade Jussub Tarmamade², Yacub I. Ismail²

- 1- Médico Especialista em Medicina Familiar e Comunitária, Consultor em Clínica Geral e Medicina Familiar, Docente Assistente na Universidade Lúrio, Faculdade de Ciências de Saúde.
- 2- Estudantes do 3º ano 6º semestre do Curso de Medicina, Universidade Lúrio, Faculdade de Ciências de Saúde.

Correspondência: Paulo Pires, Tel. Cel. 824235287, correio electrónico:

druidatom@gmail.com ; endereço postal: Bairro de Marrere, Rua Nr. 4250, Km 2.3, Casa 3, CP 364, Nampula, Moçambique.

(total de palavras, excluindo primeira pagina, resumo, abstract e referencias: 2.223)

Resumo

Contexto: a Cólera é endémica em vários países com pobres condições de saneamento como Moçambique. O saneamento no bairro de Namicópo é precário e é provável o aparecimento de um surto epidémico de cólera. A comunidade demonstrou uma atitude negativa face a mortes de causa diarreica ocorridas no passado, vandalizando edifícios governamentais e alegando que a causa das mortes era cólera e a causa desta eram as instituições governamentais.

Objectivo: avaliar o conhecimento da população do bairro de Namicópo sobre a cólera, identificando erros de conceitos e se estes contribuem para o aparecimento da doença.

Metodologia: estudo qualitativo participativo, exploratório, transversal, entrevistando 12 adultos e realizando dois grupos de discussão focal com oito adultos. Os dados foram tratados com o programa informático de análise qualitativa *Max qualitative data analysis* (MAXQDA). Foram respeitadas todas as orientações da Declaração de Helsínquia, revisão de 2013.

Resultados: os participantes possuem um conhecimento básico acerca da doença porém existem erros de conceito. Em relação à causa a resposta mais frequente foi que a cólera é causada por má higiene pessoal, colectiva ou alimentar. Sobre o tratamento caseiro a resposta mais frequente foi desconhecimento seguido de hidratação oral. Constataram-se erros de conceito sobre a transmissão da cólera (12 participantes), a prevenção (8), causa (3), conceito (2) e tratamento (1). Existe na comunidade a crença de que agentes governamentais são responsáveis por surtos de cólera no bairro.

Discussão: consideramos necessário realizar mais actividades de educação para a saúde junto das comunidades sobre esta doença, incidindo na transmissão e prevenção da mesma.

Palavras-chave: cólera, Namicópo, Nampula, Moçambique.

Abstract

Context: Cholera is an acute intestinal infection, endemic in many developing African countries including Mozambique; this fact coupled with the rudimentary and inadequate sanitary conditions existing in the suburb of Namicópo in the city of Nampula show that there is a high probability of some sort of cholera epidemic occurring at some point in the future. In the recent past this same community reacted negatively to the occurrence of deaths related to diarrheal disease, and went on to vandalize governmental buildings alleging that governmental institutions were responsible.

Objective: evaluate Namicópo community knowledge about cholera identifying misconceptions contributing to spread the disease.

Methodology: explorative participatory qualitative cross-sectional study based on interviewing 12 adult members from the Namicópo community and two focal group discussions with 8 adult members. Data analysis was done with a qualitative data analysis program (Max qualitative data analysis, MAXQDA)

Results: most of the participants had a decent level of knowledge about the disease but with several misconceptions. Regarding the cause of cholera the most common response was poor personal, collective and food hygiene. Regarding home treatment options the most common answer was lack of knowledge (8 of 20), followed by oral rehydration. The largest number of misconceptions identified were related to the transmission of cholera (12), prevention (8), cause (3), concept (2) and treatment (1). The community believes that government officials are responsible for cholera outbreaks.

Discussion: it is necessary to implement more health education in the community about the disease and mainly about its transmission and prevention.

Introdução

A cólera é uma infecção bacteriana aguda intestinal causada pela ingestão de alimentos ou água contaminados com o *Vibrio cholerae*, sero-grupos O1 e O139 ou transmitida directamente de pessoa a pessoa pela via fecal – oral. (1) Os sintomas incluem diarreia aguda aquosa abundante e vômitos. Quando não tratada pode levar à morte em algumas horas. Os surtos estão ligados a condições inadequadas de habitação, saneamento e falta de água potável, prevalentes em muitos países em desenvolvimento. (2) A cólera é uma causa significativa de morbidade e mortalidade nestes países, onde constitui um indicador das condições inadequadas de saneamento, (3) como é o caso do bairro de Namicópo na cidade de Nampula. A Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu relatório de 2013 sobre cólera em Moçambique constatou que os surtos epidémicos são sazonais ocorrendo principalmente entre Dezembro e Junho, coincidido com a época chuvosa. (4) As características epidemiológicas marcantes da cólera são a tendência de aparecer em surtos explosivos e a predisposição para causar pandemias que podem afectar vários países. (5) Tendo em conta que a cólera é endémica em Moçambique, as comunidades que vivem em zonas de pobre saneamento estão vulneráveis e podem sofrer surtos epidémicos. No dia 8 de Fevereiro de 2013 houve um incidente em Namicópo, no qual residentes após a ocorrência de óbitos devidos a doenças diarreicas, vandalizaram instituições locais, atribuindo a causa de tais óbitos e doenças a órgãos governamentais locais. (6) Este tipo de incidente não é novo, existindo a crença desde 1998 de que o Governo está a introduzir a cólera através do cloro com o objectivo de matar o povo de Nampula, provocando insegurança social, levantamentos e confrontos com a Polícia. (7) Em 1998 surgiram boatos neste bairro, o primeiro na sequência da construção de uma enfermaria de cólera, que teria como objectivo matar a população, o segundo que as campanhas de prevenção da cólera, através do programa de tratamento da água, se destinavam não a impedir a cólera, mas a provocá-la. A pesquisa bibliográfica não encontrou estudos sobre o conhecimento de comunidades Moçambicanas sobre cólera mas estes existem sobre comunidades de outros países. Mertenet no Katanga, concluiu que a maioria dos respondentes consideravam higiene e condições inadequadas de saneamento como as principais causas de cólera mas apesar de terem um nível razoável de conhecimento sobre a etiologia da cólera, cerca de 59% consideravam a feitiçaria como uma possível causa. (8) O autor menciona que o relativo bom nível de conhecimento da população estudada sobre a cólera, deve-se provavelmente ao facto da doença ser endémica naquela região e da experiência que a população obteve em surtos passados. Outro estudo realizado em Dar es Salam concluiu que apesar da maioria dos respondentes (85%) ter um bom nível

de conhecimento de cólera, as práticas preventivas por eles aplicadas eram inadequadas e era necessária uma intervenção para mudar a situação. (9) Um aspecto comum a todos os estudos, incluindo os efectuados no Bangladesh e em Zanzibar, foi que apesar de uma considerável parte das populações estudadas ter um nível básico de conhecimento sobre cólera, ainda possuem conceitos erróneos que põem em risco a saúde comunidades. (10, 11) Nos países onde existem estudos sobre o conhecimento das populações, dispõe-se de um ponto de partida para a implementação de programas educativos que podem reduzir consideravelmente o risco; esta estratégia demonstrou-se útil no Haiti em 2010, onde foram implementados programas educativos através da rádio; posteriormente verificou-se que o nível de conhecimento da população haitiana era bom devido aos programas educativos implementados. (12) A informação sobre o conhecimento de populações em risco de surtos epidémicos de cólera é essencial para a implementação de programas educativos que possam reduzir o risco; o facto de tal informação acerca de comunidades Moçambicanas ser quase inexistente constitui uma desvantagem para os serviços de saúde locais.

Objectivos

Objectivo geral

Avaliar o conhecimento da população adulta do bairro de Namicópo sobre cólera.

Objectivos específicos

1. Identificar que conhecimentos têm os adultos do bairro de Namicópo sobre cólera.
2. Identificar os principais erros de conceito existentes nesta população e se estes podem contribuir para o aparecimento de casos de cólera.

Metodologia

Estudo exploratório transversal qualitativo utilizando entrevistas e discussões em grupos focais. Universo: população adulta do bairro de Namicópo. Unidade de observação: indivíduos adultos de cada uma das 10 unidades comunais do bairro. Critérios de inclusão: idade entre 21 e 60 anos, residentes no bairro há pelo menos três anos, participação voluntária. Critérios de não inclusão: idade fora do intervalo descrito, residente do bairro há menos de três anos. Critérios de exclusão: estado de embriagues ou qualquer outra alteração de consciência. Participantes (ver anexo 1): 20 indivíduos das unidades comunais do bairro, 12 foram entrevistados e 8 participaram em discussão em grupo focal.

Instrumentos de medida

Entrevista, (13) semi-estruturada. Discussão de grupo focal, (14,15) com grelha de condução focada nos objectivos do estudo e informada pela revisão bibliográfica. (16,17).

Considerações éticas

Estudo aprovado pelo Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Universidade Lúrio. Os participantes assinaram um termo de consentimento informado adaptado em linguagem simples, em dois exemplares, ficando um exemplar com o participante e outro arquivado na FCS, contendo informação sobre os objectivos e a metodologia do estudo, benefícios, custo e riscos e o entrevistador perguntou aos indivíduos se estes estavam dispostos a participar, em língua macua ou português, conforme a língua materna; o questionário, foi explicado pelo entrevistador. O estudo cumpriu as orientações da declaração de Helsínquia na sua revisão do ano 2013.

Recolha dos dados

Efectuada entre os meses de Junho e Julho de 2014 nas salas de uma escola local com a autorização do director da mesma. As entrevistas foram realizadas pelos investigadores com apoio de parceiros comunitários seleccionados (18, 19). Foram realizadas 12 entrevistas (duas com mulheres e 10 com homens), gravadas, com uma duração média de 15 minutos. Foram realizadas duas discussões em grupos focais cada com quatro membros do mesmo sexo.

Análise dos dados

Aplicação do programa informático *Max qualitative data analysis* (MAXQDA).

Conhecimento sobre o conceito

Os participantes (19 de 20) responderam que se tratava de uma doença diarreica; cada participante acrescentou uma característica, 10 mencionaram que estava associada a pobres condições higiénicas e sanitárias, 3 mencionaram que é fatal e 2 disseram que se acompanha de vómitos. Um dos participantes expressou dois erros de conceito (a cólera é caracterizada por febres e diarreia sanguinolenta) e outro mencionou que é uma doença de longa evolução.

Conhecimento sobre a causa

A resposta de sete participantes foi má higiene pessoal, colectiva ou alimentar; cinco referiram consumo de água e alimentos contaminados, quatro destes acrescentando que tal contaminação era por micróbios; outros quatro mencionaram consumo de água contaminada, três desconheciam a causa e um mencionou pobres condições de saneamento. Inqueridos acerca da possibilidade de feitiçaria ser causa de cólera, 17 dos participantes responderam não enquanto os restantes três afirmaram que sim.

Conhecimento sobre transmissão

O meio de transmissão mais mencionado (sete) foi contacto físico com o corpo de um doente; um dos participantes acrescentou contacto com os recipientes utilizados pelo doente. A

segunda resposta foi contacto com fezes do doente (cinco); um acrescentou o contacto com vômitos; três mencionaram o contacto com a roupa, um mencionou o estar na proximidade de um paciente, um mencionou falta de higiene e um outro mencionou que moscas e mosquitos poderiam actuar como vectores.

Conhecimento sobre prevenção

A maioria dos participantes (17) menciona boa higiene; seis participantes mencionaram conceitos adicionais: quatro acrescentaram lavar bem a roupa, um ingerir paracetamol, um outro o uso de rede mosquiteira; os três restantes não mencionaram boa higiene como forma de prevenção.

Conhecimento sobre tratamento

A resposta mais frequente (oito) desconhece o tratamento específico mas um indivíduo afectado deveria dirigir-se imediatamente para a unidade sanitária; a segunda resposta foi hidratação oral (sete); três responderam hidratação endovenosa; um mencionou uma solução de água misturada com a seiva de uma planta (“Ricussi”).

Principais erros de conceito

A maioria dos erros de conceito (12 participantes) relaciona-se com a transmissão e oito com a prevenção; três participantes demonstraram conceitos erróneos sobre a causa, dois sobre o conceito de doença e um sobre o tratamento. Os erros de conceito sobre a causa foram mencionados por três participantes que indicarem a feitiçaria e sobre a doença, um mencionou que é uma doença febril com diarreia sanguinolenta; outro afirmou que poderia ser causada por “deixar latas destapadas”. Um participante mencionou “tomar banho” como tratamento eficaz.

Percepções acerca do impacto da cólera no bairro

Todos os participantes afirmaram que a cólera constituía um problema no bairro porque causava muitas mortes e revelava saneamento deficiente (10 participantes) propondo como solução a educação para a saúde (oito participantes).

Discussão

Os participantes possuem um conhecimento básico sobre os principais aspectos da doença, o que corrobora os resultados obtidos em estudos efectuados em países vizinhos, que mostram que as populações de países com alta endemicidade de cólera possuem um nível razoável de conhecimento sobre a doença, provavelmente devido a experiências com surtos passados. Apesar dos respondentes possuírem um conhecimento básico acerca da doença, este é limitado e muitos expressaram erros de conceito, no que respeita a transmissão (12) e

prevenção (oito), o que os pode tornar susceptíveis a contraírem a doença. Mesmo os participantes que demonstraram um conhecimento relativamente bom acerca do tópico possuem lacunas; um exemplo disto revela-se nas respostas dos participantes sobre a prevenção da doença, em que embora grande parte destes (17) mencione que boas práticas higiénicas são fundamentais para a prevenção, nenhum mencionou todos os três componentes importantes, nomeadamente a higiene pessoal, alimentar e colectiva. Questionados sobre como diferenciar a cólera de outras doenças diarreicas menos severas, a maioria dos participantes mencionaram aspectos que poderiam ser usados para diferenciar estas duas situações, sendo o mais mencionado a presença concomitante de vómitos nos doentes com cólera; porém um único participante mencionou uma das principais características da cólera, a diarreia semelhante a “água de arroz” e nenhum dos participantes mencionou o grande volume da diarreia. Constatamos que o conhecimento no bairro de Namicópo sobre cólera é de carácter lacunar e que existe na comunidade a crença de que agentes governamentais são os responsáveis por surtos de cólera no bairro (quatro participantes). Tendo um participante referido que a população associa o tratamento de poços ou fontenárias pelos agentes do estado, com produtos que contêm cloro nos períodos endémicos, como forma de propagação da doença, esta percepção pode ter contribuído para a ideia de que os secretários do bairro são os responsáveis pelos surtos; este participante recomendou que o tratamento seja feito durante todo o ano para que a população tenha provas de que o cloro é benéfico e não a causa dos surtos.

Conclusão

Os participantes no estudo possuem um conhecimento básico, limitado e de carácter lacunar sobre cólera, existindo importantes erros de conceito particularmente no que diz respeito a transmissão e prevenção, o que os pode tornar susceptíveis a contraírem a doença. Futuros trabalhos de educação para a saúde direccionados para melhorar o nível de conhecimento da comunidade de Namicópo sobre esta doença, deverão incidir nos aspectos relacionados com a transmissão e prevenção uma vez que são nestes dois aspectos que os participantes demonstraram o maior número de erros de conceito. Adicionalmente permanece no bairro a crença de que os órgãos governamentais são responsáveis por surtos de cólera. O carácter lacunar do conhecimento acerca da doença pode estar a contribuir para a prevalência desta crença na comunidade.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization Department of Communicable Disease Surveillance and Response. WHO Report on Global Surveillance of Epidemic-prone Infectious Diseases and Response. Geneva, s.n., 2000.
2. Global Task Force on Cholera Control – World Health Organization. Cholera Unveiled. Geneva, s.n., 2003.
3. Nicholas H. Gaffga, Robert V. Tauxe, Eric D. Mintz. Cholera: A New Homeland in Africa? *Americ Journ Trop Med and Hyg*, 2007, pp. 705–713.
4. World Health Organization - Global Task Force on Cholera Control. Cholera country profile: Mozambique. 2013.
5. Ajoke O. Adagbada, Solayide A. Adesida, Francisca O. Nwaokorie, et al.. Cholera Epidemiology in Nigeria: an overview. *Pan African Medical Journal*. 2 de Julho de 2012, pp. 12-59.
6. Ibramugy, Faizal. Cólera agita ânimos em Nampula. [Online] 19 de Fevereiro de 2013. [Citado em: 3 de Agosto de 2013.] <http://www.voaportugues.com/content/nampula-cholera/1606689.html>.
7. Carlos Serra. Cólera e catarse: Infra-estruturas sociais de um mito nas zonas costeiras de Nampula. Maputo, s.n., 2002.
8. Merten et al. Local perceptions of cholera and anticipated acceptance in Katanga province, Democratic Republic of Congo. *BMC Public Health*. 12 de Janeiro de 2013.13:60
9. Veronica M. Mpazi, Kagoma Snyika. Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Cholera Outbreaks in Ilala Municipality of Dar Es Salaam Region, Tanzania. *East African Journal of Public Health*. Outubro de 2005, Vol. 2.
10. Wahed et al. Knowledge of, attitudes toward, and preventive practices relating to cholera and oral cholera vaccine among urban high-risk groups: findings of a cross-sectional study in Dhaka, Bangladesh. *BMC Public Health*. 19 de Março de 2013. 13:242
11. Schaetti et al. Social and cultural features of cholera and shigellosis in peri-urban and rural communities of Zanzibar. *Bio Med Central Infectious Diseases*. 2010. 10:339
12. Rochars, Valery, E.M. Beau De, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices Related to Treatment and Prevention of Cholera, Haiti, 2010. *Emerging Infectious Diseases*. 2011, Vol. 17.
13. Maria C. S. Minayo, Suely F. Deslandes, Otávio C. Neto et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. Petropolis : Vozes, 2002.

14. Maria Cecília de Souza Minayo. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª edição. São Paulo: Hucitec, 2000.
15. Giovinazzo, Renata A. Focus Group em pesquisa qualitativa: fundamentos e reflexões. Vol. 2, 4ª edição, Outubro - Dezembro de 2001.
16. Aschidamini, Ione Maria, Saupe Rosita. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. Cogitare enfermagem. Janeiro - Junho de 2004.
17. Solange A. Lervolino, Maria C. F. Pelicioni. A utilização do grupo focal como metodologia., Rev Esc Enf USP, Vol. 35, 2001, pp. 115-21.
18. Renada A. Belei, et al. O uso de entrevista, observação em pesquisa qualitativa. Cadernos de Educação Pelotas. 2008.
19. Latin American Public Opinion Project. Manual de Procedimentos, Normas e funções do entrevistador. Vanderbilt University. [Online] 2010. [Citado em: 22 de Agosto de 2013.] <http://www.vanderbilt.edu/lapop/news/090609-portuguese-interviewermanual.pdf>.

Conflitos de interesses dos autores

O investigador principal docente e os investigadores estudantes autores do estudo assinaram individualmente uma declaração negando a existência de quaisquer conflitos de interesses potencialmente interferindo com a execução do estudo segundo as normas de rigor científico.

Financiamento do estudo

Este estudo foi financiado pela Universidade de Saskatchewan do Canada, parceira da FCS da Universidade Lúrio, com a quantia de onze mil meticais (11.000 Mt).

Anexo 1: caracterização dos participantes no estudo

| Nº | Sexo | Idade | Estado civil | Nível escolar | Ocupação | Unidade comunal | Método de recolha de dados |
|----|------|-------|--------------|---------------|---------------|-----------------|----------------------------|
| 1 | M | 29 | Casado | 10ª Classe | Desempregado | E. Mondlane | Entrevista |
| 2 | F | 54 | Solteiro | 8ª Classe | C de Unidade | E. Mondlane | Entrevista |
| 3 | M | 40 | Casado | 6ª Classe | Encanador | Palmeiras 1 | Entrevista |
| 4 | F | 37 | Solteira | 7ª Classe | Desempregada | Palmeiras 1 | Grupo focal |
| 5 | M | 22 | Solteiro | 12ª Classe | Estudante | N. Mandela | Entrevista |
| 6 | F | 60 | Casada | 7ª Classe | Caseira | N. Mandela | Grupo focal |
| 7 | M | 47 | Solteiro | 10ª Classe | C de Unidade | N. Mandela | Entrevista |
| 8 | M | 28 | Solteiro | 6ª Classe | Serralheiro | F. S. Magaia | Grupo focal |
| 9 | F | 26 | Solteira | 7ª Classe | Desempregada | F. S. Magaia | Grupo focal |
| 10 | M | 44 | Solteiro | 7ª Classe | Comerciante | Sul | Entrevista |
| 11 | M | 56 | Casado | 8ª Classe | Recepcionista | Sul | Entrevista |
| 12 | M | 27 | Solteiro | 7ª Classe | Estofador | Palmeiras 2 | Estofador |
| 13 | M | 50 | Solteiro | Bacharelato | Agricultor | Josina Machel | Grupo focal |
| 14 | F | 44 | Casada | 6ª Classe | Caseira | Josina Machel | Grupo focal |
| 15 | M | 39 | Solteiro | 6ª Classe | Agricultor | Sawa Sawa | Grupo focal |
| 16 | M | 50 | Casado | 4ª Classe | Agricultor | Sawa Sawa | Entrevista |
| 17 | M | 26 | Solteiro | 12ª Classe | Segurança | Sawa Sawa | Entrevista |
| 18 | F | 35 | Casada | 7ª Classe | Caseira | Chicuala | Entrevista |
| 19 | M | 37 | Solteiro | 12ª Classe | Jornalista | Namicópo 2 | Grupo focal |
| 20 | F | 24 | Solteira | 6ª Classe | Agricultora | Namicópo 2 | Entrevista |

E. Mondlane - Eduardo Mondlane.

C de Unidade - Chefe de Unidade Comunal.

N. Mandela - Nelson Mandela.

F. S. Magaia - Filipe Samuel Magaia.