

VOLUME 5
Número 1
ABRIL 2019
INSSN: 2311-3308

Revista Moçambicana de **CIÊNCIAS DE SAÚDE**



Artigo de Opinião

Cuidados de Saúde no Terceiro Mundo Quarenta Anos após Alma-Ata

Paulo Ivo Garrido

Médico Especialista em Cirurgia e Ex-Ministro da Saúde de Moçambique
Maputo, Moçambique. | Correio- eletrônico: ivogarrido@hotmail.com

Este texto é uma adaptação da Palestra Gloyd de 2018 sobre “Cuidados de Saúde no Terceiro Mundo Quarenta Anos após Alma-Ata: uma Visão do Sul”, proferida pelo autor na Escola de Saúde Pública da Universidade de Washington, Seattle, Estados Unidos da América.

Contexto Nacional

Moçambique tem uma população de quase 29 milhões de habitantes, dos quais mais de 70% vivem em áreas rurais; destes, mais de 50% vivem com menos de dois dólares por dia. Infelizmente, durante quase metade dos 43 anos de independência ter vivido em clima de guerra. A guerra teve consequências devastadoras para o país causando mais de 1 milhão de mortes e criando cerca de 4 milhões de pessoas deslocadas, bem como retrocessos na prestação de cuidados de saúde e resultando na destruição de infra-estruturas e material que atinge bilhões de dólares. Moçambique continua a ser um dos países mais pobres do mundo.

Alguns indicadores ilustram como a pobreza afecta a saúde da grande maioria dos moçambicanos:

1. Mais de 80% dos moçambicanos não têm duas refeições equilibradas por dia, e 40% das crianças moçambicanas com menos de cinco anos sofrem de desnutrição, uma das taxas mais elevadas do mundo.
2. Mais de 80% dos moçambicanos não têm acesso à água potável ou ao saneamento básico.
3. Mais de 80% dos moçambicanos não vivem em habitações dignas.
4. Cerca de 50% dos moçambicanos são analfabetos.
5. Moçambique é um dos 10 países do mundo com maior prevalência de SIDA, e está entre os 20 países do mundo com maior prevalência de tuberculose.

Relativamente à prestação de cuidados de saúde, e apesar do facto de o país se orgulhar de ter uma boa política nacional de saúde, alguns indicadores são alarmantes:

1. Nenhuma unidade sanitária pública possui recursos humanos suficientes.
2. A relação habitante/médico é de 1/15.000 e a nossa relação habitante/enfermeiro é de 1/2000, sendo a Etiópia o único país do mundo com piores recursos humanos em saúde do que Moçambique.
3. Apesar da melhoria considerável desde a independência, a nossa taxa de mortalidade materna (408/100.000 nascidos vivos) e a taxa de mortalidade infantil (97/1.000 nascidos vivos) são extremamente altas.
4. Mais de 80% dos distritos de Moçambique não têm uma unidade sanitária com capacidade para realização de radiografia (raios X), laboratório ou sala de operações.
5. Mais de 80% destes distritos não têm farmácia, quer seja pública ou privada.

O sistema de saúde construído pelos portugueses - que ex-

istiu até 1975 - concentrava-se nas cidades onde vivia a maioria dos colonos. Era fragmentado, baseado em hospitais e estruturado racialmente. Para dar apenas um exemplo, o maior hospital do país tinha duas maternidades: uma para mulheres brancas e outra para mulheres de outras raças. Nas zonas rurais, com 85% dos moçambicanos em 1975, a grande maioria vivia a mais de 20 km da unidade sanitária mais próxima.

A Declaração de Alma-Ata e os Cuidados de Saúde Primários em Moçambique

Durante a nossa luta pela independência, alguns dos poucos médicos moçambicanos existentes na altura acompanharam de perto os debates em todo o mundo e dentro da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre saúde, cuidados de saúde e sistemas de saúde. É assim que, em 1975, o primeiro governo de Moçambique independente estabeleceu uma política nacional de saúde muito semelhante aos princípios estabelecidos na Declaração de Alma-Ata de Setembro de 1978.¹

Os principais aspectos dessa política foram e continuam a ser:

O princípio de que a saúde é um direito humano, não uma mercadoria;

A eliminação do carácter fragmentado e racista dos serviços de saúde;

A criação de um sistema nacional de saúde composto por três sectores: público, privado social e privado com fins lucrativos, com o sector público - o Serviço Nacional de Saúde - como principal sistema de referência;

Prioridade para cuidados de saúde primários.

A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários foi realizada em Setembro de 1978 na cidade de Alma-Ata (hoje chamada Almaty), a capital da actual República do Cazaquistão. No final da conferência, a Declaração de Alma-Ata identificou os cuidados de saúde primários como a chave para alcançar melhores cuidados de saúde para todos os cidadãos.

A Declaração de Alma-Ata é um documento com pouco mais de duas páginas, com um breve preâmbulo e dez secções.¹ Esta Declaração: i) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, sendo um direito humano fundamental; ii) identifica a relação mútua entre o desenvolvimento económico e social e a melhoria do estado sanitário dos cidadãos; pela primeira vez, os determinantes económicos e sociais da saúde são claramente definidos em um documento de importância mundial; iii) estabelece a participação da comunidade, declarando que todo o cidadão tem “o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação de seus cuidados de saúde”; iv) estabelece que “os governos têm a responsabilidade pela saúde dos seus povos”, especialmente por meio de uma política de cuidados de saúde primários que permita a todos os cidadãos ter uma vida social e economicamente produtiva.

A Declaração de Alma-Ata destaca as principais características dos Cuidados de Saúde Primários:

Têm pelo menos 8 componentes: educação em saúde; promover o fornecimento de alimentos e nutrição adequada; um fornecimento adequado de água potável e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil, incluindo planeamento familiar; imunização; prevenção e controlo de doenças endémicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; e a provisão de medicamentos essenciais;

São o primeiro nível de contacto dos cidadãos com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento num processo contínuo de cuidados de saúde;

Levam cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham;

Oferecem serviços de promoção, prevenção, curativos e reabilitação e devem ser sustentados por sistemas de encaminhamento integrados, funcionais e de apoio mútuo, levando a cuidados de saúde abrangentes para todos e dando prioridade aos mais necessitados; por esta razão, exigem cooperação intersectorial, em especial com a agricultura, a pecuária, a indústria de alimentos, a educação, a habitação, as obras públicas e as comunicações;

Dependem, em todos os níveis, de trabalhadores de saúde, auxiliares e trabalhadores comunitários, bem como de trabalhadores de saúde tradicionais, trabalhando em conjunto como uma equipa de saúde.

A Declaração conclui afirmando que “todos os governos devem formular políticas nacionais, estratégias e planos de acção para lançar e sustentar cuidados de saúde primários como parte de um sistema nacional de saúde abrangente...”. Insta todas as agências de ajuda a apoiar o compromisso nacional e internacional com os cuidados de saúde primários e a direccionar para estes o maior apoio técnico e financeiro, particularmente nos países em desenvolvimento.

Certos aspectos da Declaração de Alma-Ata devem ser realçados. Primeiro, ajudou a consolidar a ideia de que a

saúde é um direito humano. Nela, o conceito de cuidados de saúde primários inclui cuidados médicos e actividades que abordam os determinantes da saúde. Mais ainda, estabelece prioridade de combate à desigualdade na saúde, seja dentro de um país ou entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

A Declaração requer o máximo da autoconfiança comunitária e individual, bem como participação no planeamento, organização, operação e controlo de serviços. Por isso, rejeita a abordagem de cima para baixo, e é “saúde para os povos e pelos povos”. Finalmente, define que os cuidados de saúde primários devem ser sustentados por sistemas de saúde sólidos, incluindo mecanismos de encaminhamento integrados, funcionais e de apoio mútuo, levando a melhores cuidados de saúde abrangentes para todos, especialmente para os mais necessitados.

O Panorama Mundial da Saúde desde 1978

Os objectivos políticos e sociais implícitos na Declaração de Alma-Ata suscitaram imediatamente oposição política, técnica e ideológica, e nunca foram totalmente aceites nos países de economia de mercado. A maioria das reacções iniciais à Declaração foi negativa. Como era impossível negar a justiça de seus conceitos, decidiu-se tentar demonstrar que era “impossível” implementar a política de cuidados de saúde primários porque era “idealista”, exigia imensos recursos e porque não era possível fazer tudo ao mesmo tempo. Assim, com base na falsa suposição de que a implementação da Política de Cuidados de Saúde Primários conforme definida em Alma-Ata não é possível, surgiram e continuam a aparecer “modas” que vão desde cuidados de saúde primários selectivos a cuidados básicos e aos cuidados essenciais, até múltiplos pacotes de intervenções verticais, de cima para baixo e aparentemente de baixo custo, que distorcem em grande medida o espírito de Alma-Ata, porque não abordam as causas socioeconómicas de doenças.

Muitas agências internacionais tentaram, e continuam a tentar obter resultados imediatos em vez de confiar nas profundas mudanças de políticas - que levam tempo - implícitas no conceito inicial de cuidados de saúde primários. Simultaneamente, seus componentes fundamentais - como participação comunitária, cooperação intersectorial, cuidados de saúde abrangentes, que abordam os determinantes da saúde - foram gradualmente sendo esquecidos. Por isso, não foi surpresa que os cuidados de saúde primários não tenham sido mencionados nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, aprovados pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000.²

No final dos anos setenta e início dos anos oitenta, os esforços para implementar cuidados de saúde primários na maioria dos países em desenvolvimento foram ofuscados pela instabilidade política e pela crise económica. A situação agravou-se quando o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional impuseram políticas económicas neoliberais que levaram a reduções drásticas nas despesas públicas, incluindo a prestação de cuidados de saúde

para a maioria dos cidadãos. Aqui é importante notar um aspecto particular da política do Banco Mundial; a partir dos anos oitenta exigiu que todos os países em desenvolvimento aplicassem taxas de utilização de serviços de saúde. Existe hoje um amplo consenso de que as taxas de utilização de serviços de saúde punem os pobres e impedem que estas pessoas tenham acesso a tratamentos que salvam vidas. Segundo a OMS, as taxas de utilização são “o método mais desigual para o financiamento de serviços de cuidados de saúde”.³

Em todo o mundo, a cada ano, 150 milhões de pessoas enfrentam custos catastróficos de cuidados de saúde por causa de pagamentos directos, enquanto 100 milhões são empurrados para a pobreza, o equivalente a três pessoas a cada segundo. Um estudo em 2005 estimou que as mortes de cerca de 230.000 crianças menores de cinco anos em 20 países africanos poderiam ser evitadas todos os anos apenas com a eliminação das taxas de utilização.⁴ Embora a OMS tenha agora assumido uma posição clara contra as taxas de utilização, e desde 2012 o Banco Mundial tenha admitido um mea culpa, a realidade é que elas persistem na maioria dos países em desenvolvimento.⁵

Em suma, os chamados cuidados de saúde primários que estão a ser implementados na maioria dos países em desenvolvimento não são aqueles que estão previstos em Alma-Ata e, portanto, têm um impacto limitado na melhoria das condições de saúde dos cidadãos e comunidades mais pobres. Em grande medida, isso explica o porquê de, apesar das centenas de bilhões de dólares investidos pela comunidade internacional em saúde nesses países, os ganhos para seus cidadãos tenham sido modestos.

O Fortalecimento do Sistema de Saúde como o Principal Veículo da Implementação dos Cuidados de Saúde Primários

Embora os cuidados de saúde na maioria dos países em desenvolvimento continuem a ser predominantemente curativos e girem em torno de intervenções médicas em hospitais (resultando na subordinação da promoção da saúde, prevenção de doenças, participação comunitária e cooperação intersectorial), ocasionalmente alguns documentos revelam que iniciativas verticais, de cima para baixo, para combater doenças como HIV/SIDA, malária e tuberculose, tentativas de reduzir a mortalidade infantil e tornar as gravidezes mais seguras têm pouco impacto, excepto se forem simultaneamente parte de o fortalecimento geral do sistema de saúde.⁶⁻⁸

Uma leitura cuidada mostra que 10 dos 17 Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, adoptados pela Assembleia Geral da ONU em 2015, constam da Declaração de Alma-Ata. No entanto, o documento dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável diz pouco sobre o imperativo de fortalecer os sistemas de saúde. O que tem faltado até hoje, e continua a faltar, é o entendimento de que o estado de saúde das pessoas e das comunidades só pode ser

melhorado através de criação e melhoramento constante do sistema de saúde de um país.

No caso específico de Moçambique e dos países em desenvolvimento em geral, o Serviço Nacional de Saúde tem os seguintes seis componentes, precisando todos eles de ser fortalecidos: i) Liderança e Governança; ii) Recursos humanos no sector da saúde; iii) Financiamento da saúde; iv) Sistemas de informação em saúde; v) Produtos e tecnologias médicos essenciais; e, vi) Prestação de serviços.

Responsabilidade da Assistência Internacional no Fortalecimento do Sistema de Saúde

Hoje, mais do que nunca, está claro que os países em desenvolvimento precisam da assistência da comunidade internacional para melhorar a prestação de serviços de saúde de qualidade aos seus cidadãos, especialmente os mais pobres. Mas é igualmente claro que essa assistência deve ser providenciada correctamente para evitar que se produza exactamente o efeito oposto ao pretendido. Dois exemplos dos efeitos negativos da assistência internacional ao sector da saúde em Moçambique, que espelham o que acontece noutros países em desenvolvimento, são apresentados de seguida. O primeiro refere-se aos recursos humanos e o segundo ao financiamento do sector da saúde.

Recursos humanos com formação são fundamentais para o bom funcionamento dos sistemas de saúde, e a escassez de profissionais de saúde mina a capacidade dos serviços nacionais de saúde responder às necessidades da população. Como mencionado anteriormente, apenas a Etiópia está em pior situação do que Moçambique relativamente à escassez de recursos humanos para a saúde. Pode-se mesmo dizer que essa escassez é a maior fraqueza do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique. Esta escassez está a ser agravada pela saída de profissionais de saúde (especialmente os mais qualificados e experientes) do Serviço Nacional de Saúde para trabalhar para agências de doadores, ONGs financiadas verticalmente, embaixadas e o sector privado. A principal razão, mas não a única, é que essas organizações pagam salários muito mais altos que o governo. Por outras palavras, as práticas de contratação pela comunidade de doadores em Moçambique comprometem o próprio Serviço Nacional de Saúde que pretendem fortalecer. Ao mesmo tempo, as políticas macroeconómicas impostas a Moçambique e a muitos outros países em desenvolvimento pelo Banco Mundial e pelo FMI envolvem restrições à capacidade do governo de contratar recursos humanos para educação e saúde. Isto reflecte-se no facto de que, pelo menos nos últimos 15 anos, o governo de Moçambique não conseguiu contratar todos os poucos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde formados no país.

Em relação ao financiamento do sector saúde, o documento da OMS intitulado “Financiamento dos Sistemas de Saúde: o Caminho para a Cobertura Universal” enfatiza que a cobertura universal de saúde só será alcançada quando as pessoas tiverem acesso a serviços de saúde de qualidade (prevenção, promoção, tratamento, reabilitação

e cuidados paliativos) sem medo de cair na pobreza. Na primeira década deste século, a OMS publicou um documento que mostra que o montante mínimo necessário para o sector da saúde funcionar em qualquer país era de 35 dólares americanos por pessoa por ano.⁹ Isto significa que em 2018 Moçambique devia gastar cerca de 1 bilião de dólares americanos para garantir que o sector da saúde funcione com qualidade mínima.

Na breve história de Moçambique, o montante destinado ao sector da saúde nunca chegou a 25 dólares americanos por pessoa por ano. Fica claro, portanto, que enfrentamos um problema crónico de subfinanciamento do sector de saúde, situação que é agravada pela forma como estes escassos recursos são alocados.

Infelizmente, a maioria dos doadores em Moçambique optou por canalizar grande parte dos seus fundos para ONGs verticais e outros parceiros, em vez de canalizar para o Serviço Nacional de Saúde, reforçando as abordagens verticais. Os programas verticais, de cima para baixo e individuais, que caracterizam iniciativas globais sobre doenças prioritárias como SIDA, tuberculose e malária ou saúde materno-infantil, enfraquecem os serviços de saúde mais amplos, em particular nosso Serviço Nacional de Saúde, através da duplicação de esforços, distorção dos planos nacionais de saúde e desvio do escasso pessoal com formação. Isto é agravado em períodos de crise financeira. Por isso, se a comunidade internacional quer realmente assistir na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em Moçambique em particular e nos países em desenvolvimento em geral, a fim de alcançar a cobertura universal de saúde que consagra os valores de universalidade, equidade e solidariedade, gostaria de sugerir as seis acções abaixo indicadas:

Prover uma maior proporção de ajuda como apoio orçamental a longo prazo do Serviço Nacional de Saúde. Ajuda de governo para governo através de apoio ao sector ou orçamento geral é a melhor maneira de apoiar os governos no seu caminho para a cobertura universal de saúde.

Parar de promover abordagens inapropriadas em nome da cobertura universal de saúde, especialmente programas verticais.

Apoiar, em particular, os governos que fazem da equidade e da universalidade prioridades explícitas desde o início. Aqueles que vivem na pobreza devem beneficiar pelo menos tanto quanto os que estão em melhor situação a cada passo do caminho.

Ajudar os governos dos países subdesenvolvidos a medir com eficácia e avaliar o progresso e os resultados da cobertura universal de saúde, especialmente a equidade.

Tomar medidas sobre a evasão fiscal e a fuga aos impostos que negam aos países pobres receita de que muitos necessitam para serviços públicos universais. A fuga aos impostos pelas empresas multinacionais que operam em países subdesenvolvidos custa cerca de 160 biliões de dólares por

ano - quatro vezes o montante gasto por todos os governos da África subsaariana em saúde em 2011.

Os países desenvolvidos deviam honrar os seus compromissos de fornecer pelo menos 0,7 por cento do Rendimento Nacional Bruto como Assistência Oficial ao Desenvolvimento, e melhorar a eficácia da ajuda para a saúde.

Considerações finais

Esta reflexão e sua contextualização ao caso de Moçambique, permite concluir que a política de cuidados de saúde primários, conforme definida na Declaração de Alma-Ata de 1978, continua a ser a política de saúde mais apropriada em qualquer país. A condição sine qua non para a implementação correcta, não apenas de uma política de cuidados de saúde primários, mas de qualquer política de saúde, passa por fortalecer constantemente o sistema de saúde, em particular o seu componente público, que constitui responsabilidade do governo em qualquer país.

A comunidade dos doadores pode e deve fazer mais e melhor para ajudar a melhorar a prestação de cuidados de saúde nos países em desenvolvimento.

Referências

- 1International Conference on Primary Health C. Declaration of Alma-Ata. WHO Chron. 1978;32(11):428-30.
- 2World Health Organization. Health and the millennium development goals. Geneva: WHO, 2005.
- 3OMS. Taxas de utilização como método mais desigual de financiamento de saúde
- 4BMJ, 2005. (Um estudo publicado na Revista Médica Britânica) em 2005 estimou que as mortes de cerca de 230.000 crianças menores de cinco anos em 20 países africanos poderiam ser evitadas todos os anos apenas com a eliminação das taxas de utilização.)
- 5Discurso de Jim Yong Kim, Presidente do Banco Mundial, apresentado à Assembleia Mundial de Saúde de 2013. (desde 2012 o Banco Mundial admitiu um mea culpa (ver o discurso de Jim Yong Kim, Presidente do Banco Mundial, apresenta à Assembleia Mundial de Saúde de 2013))
- 6"Reduzir a Disparidade em uma Geração" (2008) da Comissão para as Determinantes Sociais da Saúde
- 7Relatório sobre a Saúde no Mundo 2008 "Cuidados de Saúde Primários Agora Mais do Que Nunca"
- 8Relatório sobre a Saúde no Mundo 2010 "Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a Cobertura Universal"
- 9Publicação da OMS que mostra que o montante mínimo necessário para o sector da saúde funcionar em qualquer país era de 35 dólares americanos por pessoa por ano.

Promovendo a intersectorialidade e a participação comunitária para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável: Mesa Redonda XVI Jornadas Nacionais de Saúde

Manuel Macia

Departamento de Sociologia da Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Av. Julius Nyerere nº 3453, Campus Universitário Principal. |

Correio electrónico: manuelmacia700@gmail.com

Resumo

Este artigo discute o conceito, os sentidos e o papel da educação na promoção da saúde e bem-estar no contexto do tema da “intersectorialidade e participação comunitária para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável”. Para o efeito, começa por indicar os três sentidos de educação, designadamente, educação como escolaridade; educação como socialização; e, educação como consciencialização como sendo elementos conceptuais centrais para uma abordagem robusta e consistente com vista à operacionalização eficaz dos ODS. O artigo argumenta, ainda, que para uma implementação eficaz dos ODS, sobretudo na promoção de saúde e bem-estar num país como Moçambique, é estratégico desenvolver duas consciências nos actores e partes interessadas; a consciência holística dos ODS e a consciência demográfica decorrente da estrutura social do país. Conclui sublinhando que munidos duma consciência demográfica, por um lado, e da consciência holística dos ODS, por outro, poderão estar criadas as condições necessárias uma competência dialógica e comunicativa adequada, onde a linguagem e conteúdos a adoptar para cada segmento social, para a promoção da saúde e bem-estar são uma condição dessa eficácia pretendida.

Palavras-chave: educação, intersectorialidade, participação comunitária, ODS.

Promoting intersectorial collaboration and Community engagement for Sustainable Developments Goals

Abstract

This article discusses the concept of education in the context of sustainable development goals (SDGs), its meanings as well as the role it plays in the promotion of health and well-being of the citizens. The article discusses three meanings of education viewed by the author as key in framing a winning strategy for SDGs, particularly with regards to health and well-being in low income countries. The three meanings are: education as schooling, education as socialization and education as awareness. The article argues afterwards that in order to promote health and well-being in countries such as Mozambique is key to develop two types of consciousness. The first consciousness is to encourage all stakeholders in health and well-being to be bound by the holistic approach of the SDG as conceived by the United Nations. The second consciousness is to take into account the Mozambique demographics profile, which underpin the current social structure. The article concludes by stating that both the holistic approach and the demographics profile of Mozambican society and its social structure must underpin the communication strategy in promoting health and well-being for citizens. By bearing in mind the social characteristics of communities it may constitute the winning strategy for health education as framed in the SDGs.

Key words: education; intersectoral collaboration; community participation; SDG.

Discutindo o conceito de educação no contexto dos ODS

Está suficientemente documentado que a Educação detém enorme poder transformador na vida das pessoas, famílias, comunidades, sociedades e/ou nações. Por isso tornou-se consenso, entre os especialistas, que dentre os vários determinantes-chave de saúde e bem-estar a educação é, sem dúvidas, um dos factores estruturantes mais importante cuja influência positiva no alcance dos altos níveis de qualidade de vida das pessoas e suas respectivas comunidades é inegável. Com efeito, um vasto corpus de literatura e evidência científica em várias partes do mundo têm vindo a demonstrar a existência duma correlação altamente positiva entre a educação, entendida como “anos de escolaridade” que homens e mulheres “educadas”, isto é, escolarizadas, detém e o exponencial efeito multiplicador nas outras esferas das suas vidas quer como indivíduos, de forma isolada, quer como grupos através do impacto que esta gera nas outras pessoas à sua volta, principalmente crianças². De modo mais específico, os fenómenos demográficos nomeadamente, as taxas de natalidade e de mortalidade infantil, por um lado, ou os indicadores relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, por outro, têm sido visto como sendo proporcionalmente relacionados com os níveis de educação de homens e mulheres observados nos estudos³⁻⁷.

Na verdade, dos 17 Objectivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), pelo menos 5, designadamente: boa saúde e bem-estar (ODS3); igualdade de género (ODS5); água potável e saneamento do meio (ODS6); meio ambiente e mudanças climáticas (ODS 13 e ODS 15) estão claramente relacionados com o factor educação (ODS4), embora seja justo dizer-se que todos os restantes ODS têm, de igual modo, uma relação com os níveis de educação que indivíduos e/ou comunidades em geral possam ter. Esta formulação remete-nos, todavia, às outras questões de ordem conceptual e teórica e, por conseguinte, à necessidade de uma breve discussão sobre os vários sentidos e/ou significados do conceito de educação em uso no contexto deste debate. Para os propósitos desta comunicação, sugiro três sentidos do conceito educação que são, a meu ver, de relevância singular para o debate da noção e papel da intersectorialidade e participação comunitária no contexto dos ODS. Esses três sentidos têm a ver com três perspectivas diferentes muito embora relacionadas quando se fala de educação no âmbito da saúde e bem-estar: primeiro, educação como escolaridade/ensino (schooling); segundo, educação como socialização; e, terceiro, educação como consciencialização (awareness). Os três sentidos podem estar presentes na abordagem de saúde de forma simultânea, mas também, têm sua validade autónoma.

A validade autónoma dos três sentidos de educação, corresponde a níveis específicos de significação onde a educação se dá empiricamente, podendo, por isso, serem vistos como níveis que valem de per si, isto é, no sentido de que os limites impostos por cada uma das definições pode indicar, em última instância, os fins específicos pre-

viamente definidos, ou que os momentos sócios históricos específicos de cada sociedade assim o justifiquem. A educação como escolaridade é aquela que a literatura designa como espaço de educação formal, onde a instituição escolar é o elemento clássico de referência⁸. A educação como escolaridade configura o tipo de educação “com reconhecimento oficial, oferecida nas escolas em cursos com níveis, graus, programas, currículos e diplomas”⁸.

É a educação como escolaridade que tem servido de indicador para avaliar a qualidade de saúde e bem-estar de homens e mulheres em comunidades ou em países específicos como Moçambique bem como a eficácia das políticas públicas de saúde em função dos níveis de acesso e graus educacionais de escolarização adquiridos pelos seus habitantes.

Já a educação como socialização é o sentido mais lato da noção de educação⁹. É o espaço de transmissão e aquisição inicial de valores socioculturais do indivíduo, de aquisição e formação das suas identidades primárias (principalmente de grupo como, família, etnia, religião, género, entre outras) e os padrões de comportamento aceites e/ou esperados. É o espaço, por excelência, da chamada escola da vida. É onde o indivíduo adquire as primeiras noções do seu eu social. Finalmente, a educação como consciencialização, também é um espaço de socialização, mas socialização de carácter predominantemente secundário, onde há uma atitude institucional deliberada, portanto interventiva, de “agentes de socialização” especializados que são legal e/ou socialmente legitimados para inculcar outro tipo de valores considerados pertinentes e /ou úteis para o desenvolvimento equilibrado do indivíduo e da sociedade. É o espaço, por excelência, da implementação das políticas públicas específicas como, por exemplo, educação sanitária de acordo com os padrões de agências temáticas especializadas (ex: OMS), educação ambiental, ou de outros temas de natureza cívica como direitos humanos, entre outros.

No contexto de Moçambique, quando se fala de educação quer no discurso oficial quer na opinião pública, por razões que têm a ver com o predomínio do paradigma de formação técnico-científica, o mesmo que se usa na medição dos progressos no desenvolvimento social das sociedades, tende a dar-se maior acento tónico ao sentido de educação como escolaridade e/ou ensino, ficando os outros sentidos ou obscurecidos ou confundido com este. No entanto, é a partir daqui onde considero confluírem os maiores desafios quer de abordagem quer de coordenação institucional, portanto da intersectorialidade, quando se fala de educação e saúde. Assim, à pergunta sobre “que sentido de educação se refere quando se fala de educação?”, tem de fazer parte do gestores e formuladores de políticas públicas para que haja eficácia comunicativa.

Os desafios da intersectorialidade no contexto dos ODS

Se para a implementação dos ODS em relação ao factor educação e saúde e bem-estar se levantam desafios conceptuais e de abordagem e, por conseguinte, da coorde-

nação institucional, ou melhor interinstitucional, há, por outro lado, outros desafios relacionados com a própria natureza e arquitectura dos ODS. Aliás, uma crítica feita à eficácia dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) – predecessores dos actuais ODS, fundamenta que o maior falhanço em África ocorreu precisamente nos indicadores que configuram a categoria de desenvolvimento social, reflectivos nos ODS3, ODS4 e ODS5, respectivamente¹⁰. Ou seja, a categoria sobre a qual recai o sentido em que a educação como escolaridade tem um papel transformacional estruturante. Com efeito, segundo Kole Shetima¹⁰, há três categorias das ODS que, a partir da análise de desempenho e eficácia das então ODM, precisam de atenção e tratamento diferenciados com vista ao cumprimento da Agenda 2030.

Para a autora, essas categorias são: (i) os que só precisam de acções reformadoras; (ii) os que requerem uma autêntica “revolução” e, (iii) os que precisam apenas de uma reorientação¹⁰. Dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentáveis que precisam de uma autêntica “revolução”, segundo a autora, encontram-se aquelas que caracterizam o esperado desenvolvimento social como educação e saúde e bem-estar. Parece ser aqui, a meu ver, onde a África, sobretudo a África subsaariana, poucos progressos fizeram e, por conseguinte, onde mais sinergias precisam ser mobilizadas e canalizadas.

Repensando o papel da “Educação” e intersectorialidade na promoção da saúde e bem-estar das pessoas e comunidades em Moçambique.

O cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentáveis visa, no fim do dia, melhorar a qualidade de vida dos cidadãos habitantes dos países signatários, principalmente dos países com baixos índices de desenvolvimento humano como é o caso de Moçambique. Essa melhoria de qualidade de vida faz-se através de incremento nos indicadores sociais que irão configurar o seu desenvolvimento humano. Para esse desiderato, a educação é tida como elemento crucial para a melhoria dos restantes indicadores sociais e, no caso vertente, os indicadores de saúde e bem-estar. Os indicadores sociais dos ODS são uma medida que as próprias nações se impuseram a si mesmas para se auto julgarem¹ ou auto-avaliarem-se na realização do compromisso colectivo assumido¹¹. Neste quadro existem, a meu ver, dois desafios da intersectorialidade a discutir como proposto nesta mesa redonda. O primeiro desafio é de ordem institucional dos países membros, isto é, a necessidade e consciência na abordagem holística que os próprios ODS impõem. O segundo desafio é um desafio demográfico.

Antes, porém, de elaborar nos dois desafios acima, chamo a atenção para a natureza e os limites dos ODS, aliás, muito bem identificados, que indica que a arquitectura dos próprios ODS longe de ser uma obra-prima, que na verdade deixam transparecer, eles denotam algumas fragi-

lidades estruturais internasⁱⁱ. Com efeito, a fraqueza identificada nos objectivos é a fraca ou quase ausência de comunicação entre si. A observação feita é de que em grande medida algumas metas são “silenciosas” quanto ao aspecto de “conexão” e “interdependência” entre alguns dos objectivos². Este é, com certeza, um problema de ordem operacional com o qual os estados signatários terão de lidar, incluindo e principalmente estados como o perfil socioeconómico como é caso de Moçambique. Mas, estas fragilidades vêm associar-se ao primeiro desafio institucional de que já fiz referência acima. Não descorando os velhos problemas de insuficiência de recursos materiais e financeiros, até organizacionais, o principal desafio, quanto a mim, está relacionado com a capacidade humana para que a intersectorialidade não posse de mero slogan, mas uma prática de gestão estratégica e operacional das instituições aos vários níveis.

Assim, quero argumentar que urge desenvolver duas consciências para fazer face aos dois desafios enunciados acima. A primeira consciência a desenvolver é o que chamaria, de modo provisório, de consciência demográfica. A segunda consciência decorre na natureza sistémica dos próprios ODS e, como consequência lógica dessa formulação, precisar-se-á de construir uma consciência holística na abordagem, sobretudo institucional, isto é, que os formuladores e implementadores de políticas públicas ao operacionalizar os ODS terão de estar imbuídos desta consciência holística. No caso específico dos sectores de educação, saúde, agricultura e segurança alimentar, por exemplo, terá de haver uma exigência não só de coordenação interinstitucional (intersectorial – aliás, um discurso velho entre nós) mas também da necessidade de fazer-se esta coordenação como parte do seu ethos da prática institucional. O sector da saúde terá que assumir que precisa saber e fazer educação em saúde (educação sanitária) e nutricional (educação nutricional) no contexto de educação como consciencialização; o sector da educação terá que assumir que precisa saber e fazer educação em saúde (educação sanitária) e nutricional (educação nutricional), no contexto de educação como escolaridade (educação formal); o sector da agricultura e segurança alimentar terá que assumir que precisa saber e fazer educação nutricional com efeitos na saúde no contexto de educação como consciencialização. Estes três tipos de educação implicam estratégias diferentes de comunicação e formulação de conteúdos.

A consciência demográfica decorre da necessidade e exigência a ter pelos sectores implementadores (ex; educação, saúde, agricultura e segurança alimentar) em conhecerem o perfil demográfico e da estrutura social da sociedade moçambicana em que actuam, incluindo os seus níveis de educação como escolaridade². Esta consciência poderá ajudar os sectores, no caso concreto, a educação, saúde e agricultura, a formular as estratégias mais apro-

priadas para a prossecução dos ODS. Aqui, é importante referir que havendo consciência demográfica, os sentidos de educação como consciencialização e mesmo como socialização poderão ser de grande utilidade estratégica, pois a competência dialógica e comunicacional terá de ser direccionada para os diferentes públicos considerando que as pessoas não são uma tábua-rasa; que tem saberes da escola da vida (valores, crenças e comportamentos) que interferem e até entram em conflito com os saberes e/ou conteúdos dos outros sentidos da educação. Uma educação em saúde deverá ter este pressuposto como importante na implementação dos ODS.

Conclusão

Comecei esta reflexão por reconhecer o consenso existente, não só entre a comunidade internacional da advocacia dos direitos sociais, mas também porque vários estudos e evidência científica assim o demonstram que a educação tem um enorme poder transformador sobre os indivíduos e melhoria de qualidade de vida das comunidades e nações/estados. No contexto moçambicano, também mostrei que apesar de se falar tanto da educação, esta pode ter muitos sentidos tanto quantos actores envolvidos no discurso. No entanto, chamei a atenção para o facto de haver pelo menos três sentidos importantes da noção de educação no contexto do tema “promovendo a intersectorialidade e participação comunitária para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável” proposto para a mesa redonda, designadamente, educação como escolaridade; educação como socialização; e, educação como consciencialização. Tentei mostrar que os três sentidos são importantes tanto quando vistos autonomamente quanto quando vistos de forma conjugada. Com efeito, defendi de forma breve que a educação no contexto de saúde em Moçambique coloca uma exigência de desenvolver, entre os actores-chave, pelo menos duas consciências, a consciência de uma visão e abordagem holística entre os actores do estado e a sociedade civil sobre o tema da saúde, mas também por ser uma imposição dos próprios ODS pela forma como foram concebidos, e o que qualifiquei de consciência demográfica. Esta última é em decorrência do perfil demográfico e estrutura social da sociedade moçambicana, onde um pouco menos da metade da população é analfabeta e que, do ponto de vista de género, o maior peso da iliteracia recai sobre a população feminina, o que pode explicar os grandes problemas de saúde pública que o país vive, sobretudo na vertente de saúde sexual e reprodutiva, mas também porque esse quadro tem implicações sobre a saúde e bem-estar e sua promoção no cumprimento dos ODS.

Em síntese, baseando-me nos argumentos que tentei articular nas linhas deste texto acima, a minha sugestão é de que conhecendo, ou melhor, munidos da consciência demográfica como pressuposto de intervenção e, sobretudo, para levar a comunidade a participar nas acções de promoção de saúde e bem-estar, podem estar criadas as

condições para o seu envolvimento activo e, sobretudo, o senso da apropriação (ownership) no sentido de que o seu envolvimento nos assuntos da saúde só traz ganhos a médio e longo prazos para si (como indivíduos e como colectividades). Mas isto requer construir uma competência dialógica e comunicativa adequada, onde a linguagem e conteúdos a adoptar para cada segmento social deverá jogar um papel de relevo em função nos níveis educacionais da população.

Por outro lado, os desafios da intersectorialidade são, ao fim e ao cabo, os desafios da eficiência e eficácia governativa. A questão, ou melhor, a necessidade de haver coordenação intersectorial ou interinstitucional já faz parte do vocabulário da gestão pública em Moçambique e essa coordenação inter e intra-institucional (intersectorialidade) terá de ser avaliada com indicadores de desempenho específico e claramente definidos para cada sector. Para isso, há-de ser preciso, porém, construir as melhores estratégias para que isso se torne numa consciência holística em todos os actores envolvidos na promoção da saúde e bem-estar das populações. Ademais, Esta não é apenas uma exigência institucional na relação Estado e Sociedade; mas decorre mesmo da natureza sistémica dos próprios Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

Finalmente, para a definição de prioridades das acções comunitárias, considero uma atitude de natureza estratégica que essa definição seja feita com a participação da comunidade, e isto passa, necessariamente, por uma identificação conjunta (estado, sociedade civil e comunidades) dos desafios de saúde pública no contexto e conjuntura actuais. Este exercício vai implicar numa abordagem de educação no sentido de consciencialização dos problemas de saúde (pública) a todos os níveis, tendo em linha de conta os vários públicos e suas visões sobre saúde que a estrutura social da sociedade moçambicana actual impõe.

Referências

- 10Peter A. O. “Dependency of Quality Education for attaining the Health-related Sustainable Development Goals in Africa”. *African Journal of Reproductive Health*. 2016; 20(3): 36-38, September 2016 (Special Edition);
- 11Rotimi, J. “The challenge of Implementing the Sustainable Development Goals in Africa: The Way Forward”. *African Journal of Reproductive Health*. 2016; 20(3): 36, September 2016 (Special Edition)
- 12Amira, O. Predictors of health status among the Japanese. *Science Scope*. 2008; 82(2),123-134.
- 13Smith, S.T. Education and Health. *Health Informatics*. 2010; 39(4), 231-266.
- 14Johnson, J. Multivariate Exploration of education and health indicators. *Review of Research in Educational Measurement*. 2012; 67(2)115-145.
- 15Mensah, O. Analyzing the importance of education. *Research in Science Education*. 2005; 25(2),88-105.
- 17Arnaldo, C & Cau, B. Crescimento demográfico versus demanda de serviços de saúde em Moçambique. Comunicação apresentada na conferência “crescimento populacional e desenvolvimento sustentável de Moçambique: caminhos para a realização do dividendo demográfico”. 2018. Maputo, 24 de Agosto de 2018.
- 18Gaspar, A (s/d) A educação formal e educação informal em ciências. www.casadaciencia.ufrj.br/Publicacoes/.../cienciaepublico/.../art14
- 19Gonçalves, A. C. Modernidades Moçambicanas e Educação: da crise de referências ao vazio de sentido. *Educação & Realidade*. 2018. Porto Alegre, Ahead of print, 2018.
- 20Shetima, K. “Achieving the Sustainable Development Goals in Africa: Call for a Paradigm shift”. *African Journal of Reproductive Health*. 2016; 20(3): 36 September 2016 (Special Edition)
- 21United Nations. *Transforming Our World. The 2030 for Sustainable Development*. sustainabledevelopment.un.org. 2015. A/RES/70/1

Conhecimentos, Percepções e Práticas das mulheres sobre o aleitamento materno exclusivo, no bairro Ka Maxaquene C

Gina Alfiado Sítóe¹, Mouzinho Saíde²

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique.

² Ministério da Saúde, Moçambique.

Autora para correspondência: Gina Sítóe

Contacto: 822574480 | Correio-electronico: gsitoe@yahoo.com

RESUMO

A alimentação é um direito básico para a sobrevivência da criança, por isso a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) durante os primeiros seis meses de vida assume grande importância em saúde pública. O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011, mostra uma baixa percentagem de crianças amamentadas exclusivamente por leite materno (43% de crianças entre 0-5 meses e 52% de crianças entre 0-3 meses). A mesma fonte indica que 13% de 1,3 milhões de mortes de crianças menores de 5 anos de idade, cuja principal causa é relacionada a falta do AME (WHO,2011). O estudo tem por objetivo explorar os conhecimentos, as percepções e as práticas das mulheres sobre o aleitamento materno exclusivo (AME), bem como explorar os factores facilitadores que influenciam o AME. O estudo decorreu de Julho de 2012 a Dezembro de 2013 no Bairro Ka Maxaquene C, no Município de Maputo.

Knowledge, perceptions and practices of women on exclusive breastfeeding at the neighborhood Ka Maxaquene C

ABSTRACT

Feeding is a pillar and basic right for child survival; therefore, the practice of exclusive breastfeeding (EBF) in the first six months of a child's life has a great importance in the realm of public health.

Recent data from Mozambique (IDS,2011), indicates a low percentage of young children being exclusively breastfed (43% of children from 0 to 5 months and 52% from 0 to 3 months). The same data indicate 13% of 1,3 million of child mortality under 5 years, caused by lack EBF (WHO,2011). The objective of study was to explore the knowledge, perceptions and practices of women related to EBF and explore facilitators factors which can influence the practice of EBF. The study ran from July 2012 to March 2013 in the neighborhood Ka Maxaquene C, the City of Maputo.

Key-words: Child, Exclusive Breastfeeding, Nutrition, Health, Woman, and Development.

Introdução

O ser humano, é um ser biológico que para a sua sobrevivência é indispensável a alimentação. Assim, logo após ao nascimento e até aos 6 meses de vida, o alimento e a bebida ideal para a criança é o leite materno. É através da amamentação ou aleitamento materno que a criança recebe o leite materno, o carinho, o amor e a protecção da mãe; estes marcos dão um início de vida saudável à criança.

A nível mundial a prevalência do aleitamento materno tem aumentado, mas ainda permanece muito abaixo dos 90% preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Muitas das dificuldades com o aleitamento materno advêm de um comportamento rígido com horários fixos, falta de confiança ou mau posicionamento da criança para a amamentação. O resultado é uma criança com fome, zangada, irritada (que eventualmente recusa o seio da mãe), o seio retraído, e até a diminuição da produção de leite materno. Muitas destas dificuldades podem ser evitadas ou ultrapassadas com uma melhor compreensão do funcionamento do aleitamento materno e da anatomia, da fisiologia e da técnica de amamentação ¹.

A mesma fonte refere que estes problemas podem ser minimizados através de acções sistematizadas de incentivo, incluindo: orientação individual e em grupos durante as consultas pré-natal, nas maternidades, no momento pós-parto e puericultura e captação precoce (visitas às maternidades; teste do pezinho) e acompanhamento de mulheres que apresentam maior risco de desmame (baixa renda, adolescentes e baixa escolaridade).¹

Segundo a OMS (2011), aproximadamente 1,3 milhões de mortes em crianças de países em desenvolvimento, das quais 13% em menores de 5 anos, podem ser prevenidas se houver esforços no aumento em 90% da cobertura universal do aleitamento materno exclusivo entre crianças até 6 meses de vida ². Ainda de acordo com o Bulletin of the World Health Organization (2011), um resumo de evidências de vários países efectuado pelo The Bellagio Child Survival Group refere que crianças de 0 a 5 meses de vida que não são amamentadas possuem 5 vezes mais risco de morte por diarreia e 7 vezes mais por pneumonia, com-

Métodos

Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. O estudo decorreu de Julho de 2012 a Dezembro de 2013 no Bairro Ka Maxaquene C, Município de Maputo. A técnica de amostragem usada, foi não probabilística por conveniência. Da amostra inicial de 50 mulheres, foi usado o método de bola de neve, atingindo-se a saturação teórica em 61 mulheres, portanto foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a 61 mulheres e discussão em 2 grupos focais de 5 mulheres cada, cujos filhos tinham idades compreendidas entre os 7 e 12 meses, de modo a facilitar a memória descritiva dos eventos passados relacionados com a alimentação da criança nos primeiros 6 meses de vida. Através de entrevistas informais igualmente participaram no estudo 6 membros do comité de saúde e 2 enfermeiras de saúde materna e infantil afectas ao Centro de Saúde 1º de Maio.

Resultados e Discussão

A maioria das mulheres (54/61 ou 88,5%) teve filhos quando tinha entre 20 a 39 anos de idade considerada idade adulta, a minoria das mulheres (7/61 ou 11,5%) teve filhos com menos de 20 anos. Em relação ao nível de escolaridade (32/61 ou 52,5%) das mulheres tinham o nível de escolaridade secundário e médio, facto que pode facilitar o acesso a informação e comunicação, por outro lado constata-se que a maior parte das mulheres (39/61 ou 63,9%) eram domésticas o que pressupõe que tinham mais tempo em casa e para amamentar durante os primeiros 6 meses de vida da criança. Igualmente (58/61 ou 95,1%) teve filhos na US, e na altura do parto podem ter recebido informação sobre o AME, no que concerne ao estado civil (41/61 ou 67,2%) das mulheres estavam em união marital o que constitui factor positivo para segurança no AME.

Constata-se que a maior parte das mulheres (46/61 ou 75,4%) vivia em agregado familiar de 6 a mais de 11 pessoas (Tabela 1).

Tabela 1: Características sócio-demográficas das mulheres entrevistadas

Características	Frequência (n)	Percentagem (%)
Idade		
<20 anos	7	11.5%
20 – 25 anos	33	54.1%
26 – 39 anos	21	34.4%
≥40 anos	0	0%
Estado civil		
Casada/União marital	41	67.2%
Solteira	19	31.1%
Separada	1	1.6%
Nível de escolaridade		
EP1	14	22.9%
EP2	15	24.6%
Secundário	23	37.7%
Médio	9	14.8%
Ocupação		
Doméstica	39	63.9%
Remunerada	19	31.1%
Estudante	3	4.9%
Religião		
Católica	54	88.5%
Zione	7	11.5%
Muçulmana	0	0%
Número de filhos		
1	28	45.9%
2	15	24.6%
3	11	18.0%
4	5	8.2%
5	2	3.3%
6 e +	0	0%
Idade da criança		
7 meses	14	22.9%
8 meses	7	11.5%
9 meses	8	13.1%
10 meses	10	16.4%
11 meses	8	13.1%
12 meses	14	22.9%
Número de membros no agregado familiar		
2	1	1.6%
3-5	14	22.9%
6-10	25	41.0%
11 e +	21	34.4%
Lugar de parto		
Unidade sanitária	58	95.1%
Residência	3	4.9%

O estudo revela um conhecimento amplo entre as mulheres (61/61) sobre o que é o AME e as suas vantagens. Contudo, apesar da maioria das mulheres (58/61) ter tido o parto em uma unidade sanitária e acesso às informações sobre amamentação exclusiva, poucas (17/61) é que efetivamente fizeram o AME.

De entre as principais barreiras destacam-se: A percepção de que a criança não fica satisfeita só com o leite materno; o desejo de ver a criança saudável; a dificuldade de a mãe produzir leite materno, a dificuldade de a criança chupar o seio da mãe e a crença sociocultural de que a introdução precoce de medicamentos tradicionais na dieta da criança, previne a ocorrência de doenças. Os factores facilitadores mencionados foram: A experiência de a mulher já ter amamentado; conhecimento e a percepção sobre os benefícios nutricionais e imunológicos do leite materno; educação formal, determinação pessoal, acesso à informação e aos serviços de educação para saúde disponibilizado, pelas enfermeiras de Saúde Materno Infantil e pelo do comité saúde e bem como o uso da língua local na disseminação de informação.

Amamentação do primeiro leite (coloostro) dentro da 1ª hora após o parto

De acordo com as mulheres entrevistadas, (51/61) deram o primeiro leite/coloostro dentro de 1 hora após o parto, 8/61, entre 1-12 horas e 2 referiram que deram 12 horas ou mais após o parto: “Dei o leite do seio à minha filha logo que ela nasceu” (mulher de 26 anos de idade).

“Amamentei a minha criança cerca de 2 horas depois de ter nascido” (uma mulher de 31 anos de idade).

“Eu dei o primeiro leite do seio a minha criança muito tempo depois do parto...acho que tinham passado 14 horas” (uma mulher de 34 anos de idade).

Embora a OMS (2011) e o Ministério da Saúde (2007) recomendem amamentar o coloostro e iniciar a amamentação logo após o parto e dentro da primeira hora, e quase todas mulheres entrevistadas (58/61) terem dado parto na unidade sanitária, há mulheres que não amamentaram os seus filhos com o coloostro^{2,4}.

Estes resultados reforçam os dados da cidade de Maputo, segundo os quais apenas 58% das crianças são amamentadas na primeira hora e 84% são amamentadas no primeiro dia⁵.

Benefícios percebidos/razões para fazer o aleitamento do coloostro dentro da primeira hora após o parto

Dentre os benefícios percebidos, as principais razões apontadas pelas entrevistadas como sendo motivadores para fazerem o aleitamento do coloostro destacam-se: (i) ajuda o leite a sair e a melhorar o fluxo do leite; (ii) reduz a ansia ou desejo de amamentar a criança o mais rápido possível; (iii) torna a criança forte e saudável; (iv) Permite a redução das dores do peito e de amamentar; e (v)

permite alimentar a criança porque ela nasce com muita fome:

- Ajuda o leite materno a sair/estimula o fluxo do leite materno

“Eu dei o primeiro leite do seio ao meu bebé 20 minutos depois de ele ter nascido porque a parteira me disse que iria ajudar o leite para sair bem” (mulher de 21 anos).

- Ânsia/Desejo de amamentar o bebé o mais rápido possível

“Eu estava ansiosa para amamentar a minha criança para sentir que realmente já era mãe” (mulher de 18 anos).

- Permite a redução das dores do peito e de amamentar

“Depois do parto o meu peito estava muito duro e doía muito por isso resolvi dar logo o leite do seio à minha criança para ver se aquela dor passava... e embora doeu muito quando ele começou a chupar o peito as dores foram reduzindo e fiquei aliviada”. (mulher de 25 anos).

-Torna a criança forte e saudável

“Eu dei o leite do seio a minha filha logo que ela nasceu porque a parteira me aconselhou e me disse que o primeiro leite era muito bom para a criança porque permite crescer forte e saudável” (mulher de 30 anos).

Certos autores que corroboram com a teoria de que o coloostro traz benefícios à criança. Por exemplo Guyton et al. (1997) referem que o coloostro contém anticorpos e glóbulos brancos em maior quantidade que no leite maduro, estes anticorpos fornecem a primeira imunização para proteger a criança contra as bactérias, vírus e alergias, e também favorece a formação do aparelho digestivo da criança⁶.

Barreiras/ desafios para fazer o aleitamento do coloostro dentro da primeira hora após o parto

De acordo com as informações fornecidas foi possível constatar que (i) a Percepção materna de não possuir leite suficiente, (ii) Dores fortes ao tentar amamentar a criança; (iii) Cansaço e fraqueza da mãe no período pós-parto, seguido da necessidade da mãe de descansar/dormir; (iv) Problemas de saúde da mãe no período pós-parto; (v) Adormecimento da criança logo após o parto; (vi) Desconhecimento da importância do coloostro e (vii) Percepção de que o primeiro leite contém impurezas, foram as principais barreiras que as mulheres entrevistadas enfrentaram para dar o coloostro às suas crianças:

- Percepção materna de não possuir leite suficiente

“Eu demorei de dar o leite do seio à minha bebé porque eu pensei que ainda não tinha leite suficiente ... eu sentia como se não tivesse nada no meu peito...”. (Uma mulher de 27 anos).

-Dores fortes ao tentar amamentar a criança

“Quando eu tentei amamentar o meu filho pela primeira vez doeu muito e quanto mais ele chupava doía mais ainda... por isso eu demorei dar o primeiro leite porque primeiro tinha de me habituar àquelas dores”. (Uma mulher de 23 anos).

- Cansaço e fraqueza da mãe no período pós-parto, seguido da necessidade da mãe de descansar/dormir

“Eu não dei logo o leite do seio à minha criança porque o meu parto foi muito difícil e logo após o parto eu estava muito fraca e adormeci” (Uma mulher de 20 anos).

- Adormecimento da criança após o parto

“Esse meu filho só lhe dei o primeiro leite do seio 2 horas depois do parto porque ele logo depois de ter nascido dormiu durante muito tempo” (Uma mulher de 35 anos).

- Desconhecimento da importância do colostro

“Eu dei o primeiro leite do seio ao meu filho muitas horas depois dele ter nascido... acho que passaram umas 5 horas porque eu não sabia que era importante dar o leite logo que a criança nasce” (Uma mulher de 25 anos).

- Percepção de que o primeiro leite contém impurezas

“Eu não dei ao meu filho o primeiro leite porque eu sei que esse leite ainda tem sujo... primeiro eu tirei o leite fora e depois é que comecei a dar à criança” (Uma mulher de 25 anos).

As barreiras para o aleitamento com colostro foram igualmente mencionadas num estudo sobre Levantamento das Barreiras para o Aleitamento Materno Exclusivo, realizado em quatro províncias, nomeadamente Cidade de Maputo, Gaza, Tete, Zambézia e Nampula ⁷, em que as mulheres justificam o cansaço que sentem após o parto, o cansaço da criança e a percepção de que o primeiro leite que sai do seio é estragado e por isso não se pode dar a criança. A percepção de que o colostro é leite sujo é também mostrada como uma das principais barreiras no plano de comunicação e mobilização social para a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno exclusivo.⁸

Factores facilitadores para o aleitamento do colostro

A prática de dar o colostro é aceite pelas mulheres. Dar o colostro na primeira hora após o parto tem potencial para ser implementada por todas as mães; algumas mulheres entrevistadas revelaram que esta prática seria facilmente seguida por todas as mães desde que se lhes informe e consciencialize sobre a sua importância e se encoraje as mães que tenham dificuldades de dar o colostro.

“Para mim eu acho que não há problema nenhum em dar o primeiro leite à criança e ainda isso é muito importante porque a criança precisa de comer logo depois de nascer”. (Uma mulher de 28 anos).

“Algumas mães não dão o primeiro leite aos seus bebés porque não sabem da sua importância, por isso é necessário que todas as mulheres sejam ensinadas para poderem mudar de comportamento”. (Uma mulher de 35 anos).

Efectivamente é importante que a IEC para a mudança comportamental em relação ao colostro seja feita de forma efectiva e seja abrangente para todas as mulheres grávidas. Uma das formas para garantir o acesso universal à IEC passa pela sensibilização e reforço dos mecanismos usados pelas parteiras e enfermeiras de Saúde Materna e Infantil, durante as consultas pré-natal, o parto e pós-parto. Por outro lado, deveriam ser usados outros mecanismos e canais de informação não baseados na US,

tais como spots nas rádios incluindo rádios comunitárias televisão, jornais, grupos de difusão e apoio baseados nos bairros, incluindo a estratégia de inclusão de pessoas mais próximas à mulher grávida como por exemplo esposo, mãe, sogra, amiga, para reforçar e encorajar a mulher logo após o parto a seguir as recomendações sobre o colostro.

Conclusões

O presente estudo permitiu compreender os conhecimentos, as percepções e as práticas correntes sobre o aleitamento materno e a dieta das crianças nos primeiros 6 meses de vida e o contexto sociocultural que envolve esta prática, no Bairro Ka Maxaquene C, na Cidade de Maputo.

O estudo concluiu que quase todas mulheres amamentaram as crianças nos primeiros meses de vida e muito poucas amamentaram exclusivamente até aos 6 meses. As mulheres entrevistadas possuem conhecimentos sobre o AME, percebem a informação recebida sobre o mesmo, mas não praticam o AME.

A maioria das mulheres deu o colostro durante a primeira hora após o parto. Quase todas mulheres amamentaram as suas crianças nos 6 primeiros meses de vida e, apesar de quase todas as mulheres terem tido acesso às informações sobre o AME nas US, muito poucas mulheres é que efectivamente fizeram o AME.

Agradecimentos

Ao Dr. Mouzinho Saíde pela supervisão e orientação prestada para a efectivação deste trabalho.

As mulheres e provedores de serviços que prestaram valiosa informação.

Ao núcleo de coordenação de mestrado em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina, na Universidade Eduardo Mondlane. Aos meus colegas do mestrado coorte 2010/2011.

Aos meus pais e meus irmãos e a toda família, pela contribuição para a minha realização académica e profissional, a minha imensa e eterna gratidão.

Referências

- 1World Health Organization. Guidelines on HIV and Infant Feeding - Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva: WHO; 2010.
- 2World Health Organization. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere. Disponível em:(http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/) 2011.
- 3Instituto Nacional de Estatística de Moçambique. Inquérito Demográfico de Saúde. Maputo: INE/Measure DHS/ORC Macro; 2011.
- 44.Ministério da Saúde. “Manual do Participante Orientação para Introdução do Pacote Nutricional Básico ao Nível das Unidades Sanitárias Urbanas e Rurais, Dirigido aos Trabalhadores de Saúde”. Maputo: Direcção Nacional de Promoção da Saúde e Controlo das Doenças; 2007.
- 5Instituto Nacional de Estatística de Moçambique. Multiple Indicator Cluster Survey (MICS). Maputo; 2008.
- 6Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.; 1997.
- 7Pedro A, Alons C, De Schacht C, Arts M, Prosser W, Geelhoed D. Levantamento das Barreiras para o aleitamento materno exclusivo. Maputo: Ministério da Saúde – Departamento de Nutrição; 2009.
- 8Ministério da Saúde. Plano de acção multisectorial para a redução da desnutrição crónica em Moçambique de 2011 a 2015 (2020) Maputo: Direcção Nacional de Saúde Pública; 2010.

Conhecimento da população urbana sobre cólera, Nampula, Moçambique

Paulo Pires, Ahmed Abdirazak

¹Universidade Lúrio, Faculdade de Ciências de Saúde

Correspondência: Paulo Pires, Bairro de Marrere,

Rua Nr. 4250, Km 2.3, Casa 3, CP 364, Nampula, Moçambique.

Contacto: 824235287 | Correio eletrónico: druidatom@gmail.com

Resumo

Introdução: os surtos de cólera, uma infecção bacteriana aguda intestinal causada pela ingestão de alimentos ou água contaminados com o *Vibrio cholerae*, devem-se a condições inadequadas de habitação, saneamento e falta de água potável. Esta doença é endémica em Moçambique, tendo ocorrido tumultos na população de Nampula alegando que as autoridades locais seriam responsáveis. O objectivo deste estudo foi avaliar o conhecimento da população sobre a cólera, identificando erros de conceitos e sua contribuição para o aparecimento da doença.

Métodos: estudo descritivo qualitativo, realizado no bairro de Namicópo, cidade e província de Nampula, em Moçambique, com 20 adultos de ambos os géneros. Foram entrevistados 12 adultos e realizados dois grupos de discussão focal com quatro adultos cada. Os dados foram tratados com o programa informático de análise qualitativa *Max qualitative data analysis* (MAXQDA) para análise de conteúdo. Foram respeitadas todas as orientações da Declaração de Helsínquia, revisão de 2013.

Resultados: os 20 participantes possuem um conhecimento básico sobre a 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.

Conclusão: consideramos necessário realizar actividades de educação para a saúde junto da população urbana sobre esta doença, incidindo na transmissão e prevenção.

Palavras-chave: cólera, conhecimento, Nampula, Moçambique, urbana.

Urban population' knowledge about cholera, Nampula, Mozambique

Abstract

Context: cholera is an acute bacterial intestinal infection due to ingestion of food and water contaminated with *Vibrio cholerae*. Inadequate housing, sanitation and drinking water conditions are its main determinants. This is an endemic disease in Mozambique, and there were community conflicts in Nampula, alleging local authorities are responsible. This research aimed to evaluate community knowledge about cholera and identify misconceptions contributing to spread the disease.

Methods: descriptive qualitative research, at Namicópo neighborhood in Nampula city and province, Mozambique, with a study population of 20 adults of both genders. We interviewed 12 adult community members and performed two focal group discussions with four adults of each gender (height adults). Data analysis was done with a qualitative data analysis program (Max qualitative data analysis, MAXQDA), and was based on content analysis. The study followed all Helsinki's Declaration (2013) ethical recommendations.

Results: participants had a decent level of knowledge about the disease but showed 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, followed by oral rehydration. The largest number of misconceptions identified were related to the transmission of cholera (12) and prevention (8), others were regarding the cause (3), concept (2) and treatment (1) of the disease. There is the belief in the community that government officials are responsible for cholera outbreaks.

Conclusion: it is necessary to implement health education activities with urban populations about the disease with a focus on its transmission and prevention.

Key-words: cholera, knowledge, Nampula, Mozambique, urban.

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 e não tratada pode levar à morte em algumas horas. Os surtos devem-se a condições inadequadas de habitação, saneamento e falta de água potável.² A cólera é uma causa significativa de morbilidade e mortalidade e 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, refere surtos epidémicos sazonais coincidindo com a época chuvosa.⁴ As características epidemiológicas da cólera são a tendência de aparecer em surtos explosivos e a predisposição para causar pandemias que podem afectar vários países. Tendo em conta que ela é endémica em Moçambique, as comunidades que vivem em zonas com saneamento pobre estão vulneráveis e podem sofrer surtos epidémicos. Em Fevereiro de 2013 houve um incidente em Namicópo, após a ocorrência de óbitos por doenças diarreicas, em que os residentes vandalizaram instituições locais, atribuindo a causa de tais óbitos e doenças a órgãos governamentais locais. Este tipo de incidente não era novo, existindo a crença, desde 1998, de que o Governo estava a introduzir a cólera através do cloro, com o objectivo de matar o povo de Nampula; isto provocou levantamentos populares e confrontos com a Polícia.⁵ Estes boatos surgiram neste bairro, na sequência da construção de uma enfermaria de cólera, que supostamente teria como objectivo matar a população e 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.⁶ Não encontramos estudos sobre o conhecimento de comunidades Moçambicanas acerca da cólera, mas estes existem sobre comunidades de outros países. Mertenet no Katanga, concluiu que a maioria dos respondentes consideravam a má higiene e condições inadequadas de saneamento como as causas de cólera, mas apesar de terem um nível razoável de conhecimento sobre a etiologia da doença, 59% consideravam a feitiçaria como uma possível causa.⁷ Um aspecto comum a todos os estudos, incluindo os efectuados no Bangladesh e em Zanzibar, foi que apesar de uma parte das populações estudadas ter um nível básico de conhecimento sobre cólera, possuíam conceitos errados que põem em risco a saúde das comunidades.^{8,9} Avaliar o conhecimento da população é importante para a implementação de programas educativos para reduzir o risco; esta estratégia demonstrou-se útil no Haiti em 2010, onde foi implementado um programa educativo através da rádio, tendo-se verificado posteriormente um aumento no nível de conhecimento da população.¹⁰ O facto desta informação sobre o conhecimento das comunidades Moçambicanas sobre cólera, ser quase inexistente, é uma desvantagem para os serviços de saúde.

Este estudo pretendia avaliar o conhecimento da população adulta do bairro de Namicópo sobre cólera, identificar os principais erros de conceito e se estes podem contribuir para o aparecimento de casos de cólera.

Métodos

Estudo descritivo, qualitativo, utilizando entrevistas e discussões de grupos focais (DGF) no Bairro de Namicópo, zona suburbana da cidade e província de Nampula, Moçambique, com escasso saneamento e abastecimento de água. O universo foi constituído pela população adulta das 10 unidades comunais do bairro de Namicópo e a unidade de observação foram os 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, assinatura de termo de consentimento informado (TCI). Critérios de exclusão: estado de embriagues ou qualquer outra alteração de consciência. Participantes: 20 indivíduos das unidades comunais do bairro, 12 foram entrevistados e oito participaram em DGF. Os instrumentos de medida foram a entrevista semiestruturada e o guião de DGF, com grelha de condução focada nos objectivos do estudo e informada pela revisão bibliográfica.^{11,12,13,14} Foram seleccionados sete códigos para identificar três categorias: 1) Conhecimento sobre cólera (conceito da doença, causa, transmissão, prevenção, tratamento); 2) Erros sobre a doença (falsos conceitos); 3) Impacto da doença (sentimentos da população do bairro).

O estudo foi aprovado pelo Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Universidade Lúrio. Os participantes assinaram um TCI adaptado em linguagem simples, em dois exemplares, ficando um com o participante e outro arquivado na Faculdade de Ciências de Saúde (FCS) da Universidade Lúrio, contendo informação sobre os objectivos e o método do estudo, benefícios, custo e riscos. 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.

A recolha dos dados foi efectuada nos meses de Junho e Julho de 2014, nas salas de uma escola primária local com a autorização do seu Director. As entrevistas foram realizadas em privado, face a face, por estudantes do 3º ano do Curso de Medicina da FCS, acompanhados do investigador principal, sem outros participantes ou observadores para evitar coerção nas respostas.^{15,16} Os investigadores eram desconhecidos dos sujeitos do estudo e tinham recebido uma formação sobre investigação participativa qualitativa. Foram realizadas 12 entrevistas (duas com mulheres e 10 com homens), gravadas, com uma duração média de 15 minutos. Verificou-se saturação de respostas a partir do oitavo entrevistado, facto discutido com o investigador principal, determinando a conclusão das entrevistas no décimo segundo sujeito. Não houve repetição de entrevistas.

Foram realizadas duas DGF, com uma duração de 90 minutos e com gravação áudio, cada com quatro membros do mesmo género, para evitar viés de colheita de dados devido às relações de poder. Nenhum dos sujeitos seleccionados recusou participar. As DGF foram animadas por um investigador e gravadas por um segundo estudante da FCS, sendo acompanhadas pelo investigador principal. As gravações de áudio das entrevistas e das DGF foram transcritas em papel e revistas pelo investigador principal; posteriormente foram introduzidas no programa informático Max qualitative data analysis (MAXQDA) para análise de conteúdos.

Resultados

O grupo de participantes foi constituído por 13 homens e 7 mulheres com uma média etária de 39 anos (38 para os homens e 40 para as mulheres). Metade dos participantes tinham completado a escola primária (sétima classe, cinco homens e cinco mulheres), três homens completaram o ensino secundário (12ª classe) e um tinha nível de bacharel. A maioria era solteira, nove homens e quatro mulheres (ver anexo 1).

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 vômitos. 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.

“Cólera é quando uma pessoa aparece com sangue na diarreia e tem muita febre” (homem em DGF, 50 anos).

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 a causa de cólera, 17 dos participantes responderam não enquanto os restantes três afirmaram que sim.

“...essa doença que chamam cólera, pode bem ser provocada por um feiticeiro!” (mulher entrevistada, 54 anos).

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 ainda mencionou falta de higiene e um outro que moscas e mosquitos

poderiam actuar como vectores.

“...se mexer na pessoa que tem cólera, pode apanhar a doença facilmente.” (homem entrevistado, 29 anos).

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.

“...e você também pode evitar a doença se tiver uma boa higiene, individual e da casa” (mulher em DGF, 37 anos).

Conhecimento sobre tratamento

Vários sujeitos (oito) desconhecem o tratamento específico, mas sabem que um indivíduo doente deve 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”).

“...a minha tia lá em casa teve essa doença e tratou-se só com Ricussi e muita água!” (mulher em DGF, 37 anos).

Principais erros de conceito

A maioria dos erros de conceito (12 participantes) relaciona-se com a transmissão e oito com a prevenção; três participantes apresentaram conceitos errados 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 indicaram 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). “...esta doença já matou muitos vizinhos, é muito grave...” (mulher entrevistada, 35 anos).

Conclusão

Este estudo mostra que a população de Nampula possui um conhecimento limitado sobre a cólera, existindo importantes erros de conceito no que diz respeito a transmissão e prevenção, o que a torna susceptível a contrair a doença. A educação para a saúde destinada a melhorar o nível de conhecimento da comunidade de Namicópo sobre a cólera, deverá incidir na transmissão e prevenção, uma vez que nestes dois aspectos os participantes demonstraram maior número de erros de conceito.

Adicionalmente permanece no bairro a crença de que os agentes da administração autárquica são responsáveis por

surtos de cólera. O conhecimento limitado sobre a doença e os erros de conceitos, contribuem para a prevalência desta crença na comunidade.

Agradecimentos

Este estudo beneficiou de contributos dos estudantes do terceiro ano do Curso de Medicina da FCS da Universidade Lúrio, durante a recolha de dados, os quais merecem a nossa gratidão, nomeadamente: Ivandra Natércia, Lisete Correia, Maida Ibraimo, Muhammad Remane, Tarmama-de Jussub, Yacub Ismail.

Conflitos de interesses dos autores

Os investigadores autores do estudo assinaram individualmente uma declaração, negando a existência de quaisquer conflitos de interesses potencialmente interferindo com a execução do estudo ou com a redação do artigo, segundo as normas de rigor científico.

Financiamento do estudo

Este estudo foi financiado pela Universidade de Saskatchewan do Canada, parceira da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio.

Tabela 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	Entrevista
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

Referências

- 1World Health Organization. WHO Report on Global Surveillance of Epidemic-prone Infectious Diseases and Response. Geneva: World Health Organization, 2000.
- 2Global Task Force on Cholera Control. Cholera Unveiled. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 3Gaffga NH, Tauxe RV, Mintz ED. Cholera: a new homeland in Africa? *Am J Trop Med Hyg* 2007;77:705-13.
- 4Global Task Force on Cholera Control. Cholera country profile: Mozambique. Geneva: World Health Organization, 2013.
- 5Cólera agita ânimos em Nampula. 2013. Ibramugy F. (Accessed Fevereiro 9, at <http://www.voaportugues.com/content/nampula-cholera/1606689.html>).
- 6Carlos Serra. Cholera e Catarse. Maputo: Imprensa Universitária - Universidade Eduardo Mondlane, 2003.
- 7Merten S, Schaetti C, Manianga C, et al. Local perceptions of cholera and anticipated vaccine acceptance in Katanga province, Democratic Republic of Congo. *BMC Public Health* 2013;13:60,2458-13-60.
- 8Wahed T, Kaukab SST, Saha NC, 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* 2013;13:242.
- 9Schaetti C, Khatib AM, Ali SM, Hutubessy R, Chaignat CL, Weiss MG. Social and cultural features of cholera and shigellosis in peri-urban and rural communities of Zanzibar. *BMC Infect Dis* 2010;10:339,2334-10-339
- 10Rochars BD, Tipret J, Patrick M, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to treatment and prevention of cholera, Haiti, 2010. *Emerging infectious diseases* 2011;17:2158-61.
- 11Jamshed S. Qualitative research method-interviewing and observation. *Journal of basic and clinical pharmacy* 2014;5:87-8
- 12Leung F, Savithiri R. Spotlight on focus groups. *Can Fam Physician* 2009;55:218-9.
- 13Giovinozzo R. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa edição, Outubro - Dezembro de 2001. *Texto Contexto Enferm* 2008;17:779.
- 14Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and healthcare. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
- 15Belei R, Regina S, Nascimento E, Matsumoto P. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Cadernos de Educação* 2008;1:187.
- 16Latin American Public Opinion Project. Manual de Procedimentos, Normas e funções do entrevistador. Nashville: Vanderbilt University, 2010.
- 17Adagbada A, Adesida S, Nwaokorie F. Cholera Epidemiology in Nigeria: an overview. *Pan Afr Med Journal* 2012;12:12.
- 18Veronica M. Mpazi, Kagoma Snyika. Veronica M. Mpazi, Kagoma Snyika. Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Cholera Outbreaks in Ilala Municipality of Dar Es Salaam Region, Tanzania. *East Afr J Public Health* 2005;2:6.
- 19Ncube A, Jordaan AJ, Mabela BM. Assessing the knowledge, attitudes and practices regarding cholera preparedness and prevention in Ga-Mampuru village, Limpopo, South Africa. *Jamba (Potchefstroom, South Africa)* 2016;8:164; 164-164.
- 20Schaetti C, Sundaram N, Merten S, et al. Comparing sociocultural features of cholera in three endemic African settings. *BMC medicine* 2013;11:206-.

Avaliação das práticas de higiene nos serviços de restauração da Universidade Eduardo Mondlane (UEM)

Elsa Maria Salvador, Sandra Silva

Autor para correspondência: Elsa Maria Salvador

Universidade Eduardo Mondlane, Campus universitário principal, Av. Julius Nyerere |

Correio electrónico: elsamariasalvador@gmail.com ou esalvador@uem.mz

Resumo

O presente trabalho tinha como objectivo avaliar as práticas de higiene associadas aos factores de riscos de doenças bacterianas de origem alimentar nos serviços de restauração da Universidade Eduardo Mondlane. O estudo foi realizado nos serviços de restauração da UEM de Maputo e Inhambane. Foram inquiridos, através de um questionário de perguntas semi-estruturadas, 37 trabalhadores com a categoria de cozinheiros e auxiliares de cozinha, foram visitadas as instalações e tiraram-se algumas fotografias por meio de uma máquina fotográfica digital da marca SAMSUNG. 80% dos inquiridos tinha escolaridade básica; 48% eram do sexo feminino e 52% masculino, a idade dos inquiridos variava de 22 a 57 anos e o tempo de serviço de 3 a 31 anos. Segundo os resultados do estudo os inquiridos têm consciência da necessidade de implementação das práticas correctas de higiene no decurso das suas actividades de modo a prevenir as doenças de origem alimentar. Contudo, foram observadas práticas que constituem factores de risco para a ocorrência de doenças bacterianas de origem alimentar. Os factores de risco observados estavam relacionados a prática incorrectas de armazenamento, higiene pessoal e geral, manipulação das sobras de alimentos, acondicionamento de lixo e controle de pragas. Conclui-se que a falta de observância de práticas correctas de higiene nos serviços de restauração concorre para o surgimento de doenças bacterianas de origem alimentar. Recomenda-se a implementação de programas educativos integrados regulares no sector, supervisão permanente e encorajamento de mudanças de comportamento na manipulação de alimentos.

Palavras-chave: Doenças bacterianas, Práticas de higiene.

Assessment of hygiene practices at restauration services of Eduardo Mondlane University (UEM)

Abstract

The objective of the present study was to assess the practices of hygiene associated to the risks of foodborne diseases at restauration services of Eduardo Mondlane University (UEM). The study took place at services of restauration of UEM of Maputo and Inhambane; the data was collated using a questionnaire, with semi-structure questions. The questionnaire was submitted to 37 works namely cooks and auxiliaries of cooks, the installations were visited and some photography was taken using a SAMSUNG digital camera. 80% of the enquired has basic education; 48% were female and 52 were male; the age of the enquired varied from 22 to 57 years and the period of time of work varied from 3 to 31 years. According to the results of the study the inquired was aware about the need of the implementation of correct practices of hygiene during the work in order to avoid the foodborne diseases. However, was observed practices which constitute risk factor to the occurrence of foodborne diseases. The risk factors observed were related to storage, general and personal hygiene and handle of leftover, waste and pest control. It was concluded that the lack of correct practices of hygiene in the service of restauration constitute risk factor for the occurrence of foodborne diseases. It recommends the implementation of regular program of education, permanent supervision and encouraging of change of behavior in the handle of food.

Key words: Foodborne diseases, Practices of hygiene

Introdução

Doenças de origem alimentar causadas por microorganismos constituem um dos assuntos de saúde pública mais importantes¹. No mundo inteiro mais de 600 milhões de pessoas adoecem e 420.000 morrem anualmente depois do consumo de alimentos contaminados². As doenças de origem alimentar mais comuns em África incluem salmonelose, *Escherichia coli* entero-hemorrágica, hepatite A, aflatoxicose, cólera e intoxicação por consumo de vegetais contaminados por pesticidas³. Os microorganismos patogénicos isolados na maior parte dos surtos de doenças de origem alimentar, tem sido bactérias tais como *Salmonella*, *Campylobacter*, *Escherichia coli*, *Clostridium perfringens* e *Vibrio cholerae*⁴. São apontados como factores que têm implicações nos surtos de doenças de origem alimentar os seguintes: práticas impróprias de manipulação, preparação e consumo de alimentos^{5,6}, práticas de higiene inadequadas, tais como, lavagem das mãos⁷, uso de materiais e utensílios anti-higiénicos⁸, consumo de alimentos crus ou inseguros^{6,9} bem como contaminação cruzada através das superfícies inanimadas e alimentos crus⁶.

No continente africano, aproximadamente 700 000 crianças e adultos morrem, anualmente, por causa de diarreias e desidratação.² Em Moçambique, no período de 1997 a 2017 cerca de 7 milhões de casos de diarreias foram registados; no ano de 2015 as diarreias foram consideradas a quinta principal causa de mortalidade a nível nacional¹⁰. A Inspeção Nacional das Actividades Económicas¹¹, no ano de 2017 inspeccionou um total de 753 estabelecimentos dos quais incluem os serviços de restauração onde diversas irregularidades com as condições higiénico-sanitárias foram constatadas tendo culminado com o encerramento de 20 estabelecimentos¹².

Os serviços de restauração da UEM fazem parte do Departamento de Alimentação da Direcção dos Serviços Sociais (DSS) desta Universidade. De acordo com o chefe do Departamento de Alimentação, este Departamento é responsável pela gestão de quatro refeitórios em Maputo, nomeadamente: Complexo Colmeia II (refeitório principal), Self, Karl Marx e Engenharias. A DSS presta ainda acessória aos serviços de Alojamento e Alimentação da Escola Superior de Hotelaria e Turismo de Inhambane e da Escola Superior de Ciências Marinhas e Costeiras de Quelimane.

De acordo com o historial do Departamento de Alimentação da DSS é de notar que os serviços de restauração da UEM estão a evoluir¹³. Esta evolução implica investimento por parte do sector em tecnologias, formação de profissionais e monitoria regular de forma a garantir serviços rápidos, eficazes e seguros. Este trabalho surge como forma de acompanhamento da evolução dos serviços de restauração da UEM, com vista a monitorar a cadeia de produção de refeições, com o objectivo de fornecer refeições de qualidade e seguras aos utentes destes serviços.

Métodos

O presente estudo foi do tipo descritivo exploratório de carácter quantitativo, no qual foram realizadas entrevistas sob forma de questionário e observações. O estudo foi realizado nos Serviços de Restauração da UEM, no Complexo Colmeia II (CCII) e nos Serviços de Restauração da Escola Superior de Hotelaria e Turismo de Inhambane (SRESHTI). O CCII está localizado na Cidade de Maputo, *Campus* universitário principal, é composto por duas cozinhas, uma maior e moderna com o nome de CCII e outra denominada “Self”. Prestam serviços nesta unidade 84 trabalhadores. As refeições produzidas são servidas nos 4 refeitórios desta Universidade. Por outro lado, os SRESHTI são constituídos por duas cozinhas, uma interna e outra externa que é usada em caso de emergência tal como falta de gás; prestam serviços nesta unidade 26 trabalhadores.

Instrumentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos usando um questionário com perguntas semiestruturadas, observação e captação de imagens com recurso à uma máquina fotográfica, durante os meses de Setembro e Outubro de 2009. O presente trabalho foi submetido em 2011 à antiga Revista Médica de Moçambicana, devido a reestruturação desta que culminou com a designação de Revista Moçambicana de Ciências de Saúde só agora será possível a publicação do trabalho. Dos 110 trabalhadores dos dois locais onde o estudo foi realizado foram inquiridos todos os 37 trabalhadores que directamente manuseiam alimentos nomeadamente cozinheiros, auxiliares de cozinha e trabalhadores do bar.

Observações

As observações foram feitas durante a visita geral às instalações antes da submissão do questionário, a visita foi feita nos seguintes locais: a cozinha, sectores de armazenamento (a frio, de produtos frescos e produtos não perecíveis), refeitórios, bares, locais de depósito de lixo, vestiários e sanitários. As observações foram feitas cuidadosamente e sempre que se mostrava necessário tiramos algumas fotografias que retratavam a situação dos sectores visitados.

Implementação do questionário

O questionário antes de ser implementado foi sujeito a uma pré-testagem, que foi realizada em sete trabalhadores dos SRESHTI. A pré-testagem tinha como objectivo eliminar qualquer subentendido e ambiguidade causados por formulação imprópria das questões e também permitiu detectar possíveis desvios na metodologia previamente planificada. As questões do questionário estavam divididas em duas secções básicas. A primeira era referente aos dados biográficos dos inquiridos e a segunda referente à avaliação das práticas de higiene nos serviços de restauração. A segunda, estava dividida em 5 subsecções, onde cada subsecção era composta por questões com objectivo de avaliar as seguintes práticas: armazenamento, higiene geral (higiene das instalações, equipamentos e utensílios) e pessoal (higiene da roupa, das mãos e da cabeça), con-

fecção de alimentos com antecedência, gestão de lixo e controle de pragas.

Considerações éticas

O presente estudo faz parte do Projecto Fundo Aberto da UEM, tendo sido avaliado e aprovado pela Direcção Científica desta Universidade. Todos os participantes do estudo foram informados sobre os objectivos, possíveis benefícios e riscos. A participação foi precedida de um consentimento verbal, o estudo não foi de carácter invasivo e os dados pessoais dos inqueridos foram tratados de forma confidencial.

Análise de dados

Os dados foram organizados em tabelas e gráficos no Microsoft Excel e, com base no mesmo programa, foi feita uma análise estatística descritiva dos resultados. O pacote estatístico STATISCA foi usado para a análise estatística da categoria das questões a informação biográfica. O teste “chi-quadrado” foi aplicado para determinar se a consciência sobre alimentos seguros está associada aos comportamentos individuais de segurança alimentar, tendo o nível de significância sido de $P = 0.05$

Resultados

Dados demográficos

Trinta e sete trabalhadores dos serviços de restauração da UEM com idade entre os 22 e 57 anos participaram no estudo; dos participantes no estudo, 52.0% (19) eram de sexo masculino e 48.0% (18) feminino; o nível de escolaridade variava da 5ª à 12ª classe, a maior parte dos trabalhadores tinha a 7ª classe 54.0% (20), sendo que a 10ª e 12ª classe tiveram a percentagem mais baixa, 5.4% para cada classe totalizado 10.8% (8) e por fim a 5ª classe com 35.1% (13). 78.4% (29) dos trabalhadores eram cozinheiros, 13.5% (5) auxiliares de cozinha e 8.1% (3) trabalhadores do bar; com anos de serviços que variavam entre 3 a 31 anos. 72.97% (27) dos trabalhadores eram do CCII e 27.0% (10) da ES-HTI.

Avaliação das práticas de higiene nos serviços de restauração da UEM

Práticas de armazenamento

Todos os trabalhadores ($n=37$) afirmaram que armazenavam os produtos perecíveis por um período de tempo limitado tendo em conta a frescura do produto, obedecendo o sistema de gestão de mercadorias denominado “primeiro a entrar primeiro a sair”. Observações e imagens feitas no local Fig.1, revelam algumas deficiências no que diz respeito ao armazenamento de produtos alimentares, podendo se observar produtos tais como repolho a apresentar sinais de deterioração.



Fig. 1: Repolho mostrando sinais de deterioração externa e interna

No que se refere ao armazenamento das carnes cruas, 72.9% (27) dos trabalhadores afirmou que armazenava na câmara, 18.9% (7) na antecâmara, 2.7% (1) no congelador e 5.4% (2) não respondeu. Questionados sobre a forma como armazenam as carnes cruas no frio, 94.6% (35) dos respondentes afirmou armazenar em prateleira e 6.4% não respondeu à questão. No que se refere ao espaço no refrigerador, 97.3% (36) afirmou ser suficiente e os restantes 2.7% (1) insuficiente. Outros factos dignos de realce, observados no sistema de armazenamento das carnes são as deficientes condições de higiene e de disposição das carnes nas câmaras de frio, prateleiras cheias de sangue congelado e com muitos restos de carne Fig. 2.



Fig. 2: Carne mal-acondicionada, em prateleiras danificadas, corroidas e em precárias condições de higiene.

Práticas de higiene geral e pessoal

(N = 37) 100% dos trabalhadores, afirmou que lava sempre as mãos antes do início da preparação dos alimentos. Questionados sobre a lavagem das mãos depois do manuseamento de carnes cruas, 86.5% (32) dos trabalhadores afirmou lavar sempre as mãos, 2.7% (1) não lava e 10.5% (4) não respondeu a questão.

Oitenta vírgula um por cento (N = 30) dos trabalhadores usa água e sabão para lavar as mãos antes do início da

preparação dos alimentos e 18.9% (7) lava as mãos somente com água. Quanto a forma de lavar as mãos depois de manusear as carnes cruas, 64.9% (24) dos trabalhadores lava com água e sabão, 21.6% (8) somente com água e 13.5% (5) não respondeu à questão. Após a lavagem das mãos os trabalhadores limpam-as de diversas formas, com toalha 32.4% (12), na roupa 18.9% (7), no pano de cozinha 10.8% (4), não limpam as mãos 27% (10) e não responderam 10.8% (4).

Tabela 1: Uso da mesma faca para produtos frescos e de pronto consumo (n=37)

Uso da mesma faca entre os produtos frescos e de pronto consumo	nº	%
Sempre	25	67.6
Não usa	9	24.3
As vezes	1	2.7
Não respondeu	2	5.4

Os trabalhadores foram questionados sobre o uso da mesma faca para produtos frescos e de pronto consumo, a Tabela 1 representa a distribuição percentual das respostas dos trabalhadores.

Quanto ao tratamento da faca entre os produtos frescos e de pronto consumo 56.8% (21) dos trabalhadores afirmou que lava com água e sabão, 18.9% (7) lava somente com água e 24.3% (9) não respondeu à questão. Para além da faca os trabalhadores foram também questionados sobre o uso da mesma tábua de cozinha para produtos frescos e de pronto consumo bem como sobre o tratamento da mesma após o uso.

As Fig. 3 e 4 representam a distribuição percentual das respostas a estas questões.

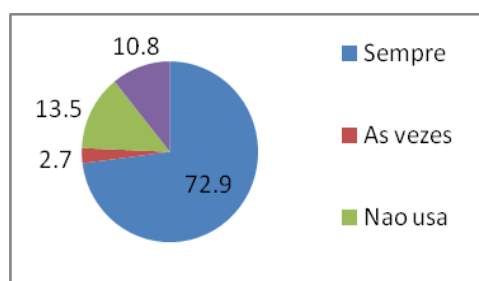


Fig.3: Uso mesma tábua para produtos frescos e de pronto consumo

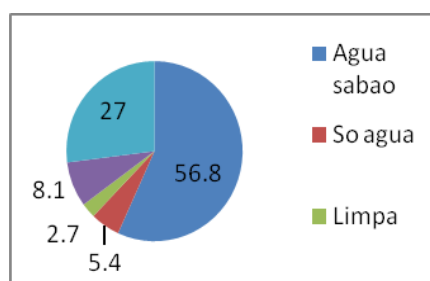


Fig 4: Tratamento da tábua entre os produtos frescos e de pronto consumo

Prática de confecção de alimentos com antecedência

Os trabalhadores foram questionados sobre a confecção de alimentos com antecedência, tendo 62.3% (23) afirmado que não cozinha, 32.4% (12) que às vezes cozinha e 5.4% (2) não respondeu à questão. Sobre a forma de preservação dos alimentos confeccionados com antecedência, 29.7% (11) afirmou que conserva na antecâmara e 70.3% (26) não respondeu. Os trabalhadores foram também questionados sobre a forma como acondicionam os alimentos preparados com antecedência, tendo 27% (10) afirmado que deixa a temperatura ambiente antes de refrigerar em *containers* com tampa, 5.4% (2) mantêm nos no armário e 67.6% (25) não respondeu à questão.

Práticas na gestão do lixo

No que se refere ao acondicionamento do lixo produzido durante o trabalho, 91.9% (34) dos trabalhadores afirmaram acondicionar em baldes, 5.4% (2) em caixas e 2.7% (1) referiu outra forma de acondicionamento tal como sacos de plástico.

Oitenta e nove vírgula dois por cento (33) dos trabalhadores afirmaram retirar o lixo do local de trabalho sempre que o recipiente enche, enquanto que os restantes 10.8% (4) afirmaram retirar o lixo do local de trabalho no final do turno. De acordo com 94.6% (35) dos trabalhadores o lixo é depositado na instituição num local preparado para o efeito e 5.4% (2) afirmaram que o lixo é depositado num outro local que não referiram qual.

Práticas de controle de pragas

Quanto as pragas que aparecem no local de trabalho os trabalhadores afirmaram aparecerem moscas 75.7% (28), baratas 8.1% (3), ratos 10.8% (4), outros referiram aparecer todo tipo de pragas 2.7% (1), enquanto que outros não responderam à questão 2.7% (1). Questionados sobre o local onde com maior frequência as pragas os trabalhadores referiram a cozinha 75.7% (28), o refeitório 16.2% (6), a copa 2.7% (1), o bar 2.7% (1) e outros não responderam à questão 2.7% (1).

Os participantes referiram serem usados diversos métodos de controle de pragas desde o uso de Baygon (insecticida) 64.9% (24), Ratex (raticida) 13.5% (5), outros referiram de um modo geral a fumigação 2.7% (1), enquanto que outros referiram-se a outros métodos, nomeadamente, o uso de água quente que é despejada nos ralos 13.5% (5) e por fim outros não responderam a questão 5.4% (2).

Discussão

Práticas de armazenamento

O facto de todos trabalhadores terem afirmado que armazenavam os produtos perecíveis por um período de tempo limitado, constitui uma indicação de que têm consciência de que este tipo de produto deve ser consumido em estado fresco, bem como estão conscientes dos perigos que advêm do armazenamento dos mesmos por longos períodos de tempo. Presume-se que os alimentos observados com sinais de deterioração tanto interna como externa, são posteriormente utilizados para a confecção de alimentos, constituindo deste modo um atentando a saúde pública.

De um modo geral as carnes cruas são armazenadas no frio. Resultados similares foram encontrados por Toit & Venter¹⁴ no qual todos inquiridos afirmaram guardar os produtos perecíveis em refrigeradores. Estes resultados são indicação da necessidade de guardar os produtos perecíveis no frio. Sprinegel¹⁵ no seu estudo sobre *Food safety in the home*, 84% dos respondentes afirmaram guardar produtos perecíveis no frio logo que chegam a casa.

O armazenamento de produtos em prateleiras com espaço suficiente permite um bom acondicionamento dos produtos, melhor circulação do ar e rotação do “stock”. Estes resultados são suportados por Eley¹⁶ que num estudo similar, metade dos inquiridos afirmou ter espaço suficiente nos refrigeradores para o armazenamento dos produtos alimentares.

Quanto as deficientes condições de higiene e de disposição das carnes nas câmaras de frio, levam a crer que, em algum momento o sistema de frio nas câmaras de armazenamento falhou o que levou a descongelação e consequentemente a exsudação das carnes. Outra presunção é que as carnes podem ter sido colocadas nas câmaras de frio sem ter passado por um processo de pré-congelação. De acordo com o Código de Boas Práticas de Higiene e Segurança Alimentar¹⁷ falhas no sistema de frio podem tornar o produto impróprio para o consumo ou causar a redução do tempo de vida útil. O sangue resultante da exsudação das carnes

constitui um meio de cultura muito rico, perante esta situação pode se presumir que havia condições favoráveis ao crescimento bactérias e outro tipo de microorganismos, com consequente contaminação das carnes, o que vai de acordo com Batista e Antunes.¹⁸

Práticas de higiene geral e pessoal

Conforme os resultados do presente estudo, quase todos os trabalhadores normalmente lavam as mãos antes de iniciar a preparação dos alimentos e depois de manusear as carnes cruas, frangos ou peixe. Os resultados deste estudo são similares aos encontrados por Toit & Venter¹⁴ onde 75.0% e 25.0% dos inquiridos lava sempre as mãos e as vezes respectivamente antes de iniciar a preparação dos alimentos ou depois de manusear as carnes cruas. Em estudos efectuados por Altekruuse *et al*; Yang *et al*; Shifferaw *et al*¹⁹⁻²¹ 87.0% a 92.0% dos inquiridos também apontaram que normalmente lavam as mãos antes de preparar os alimentos e 62.0% a 100.0% também afirmam lavar sempre as mãos depois de manusear as carnes cruas. A menor percentagem de trabalhadores (2.7%) que não lava as mãos antes do início da preparação dos alimentos e depois de manusear as carnes cruas, constitui um veículo de transmissão de microorganismos para os alimentos, mesmo supondo que eles podem estar a limpar as mãos na roupa ou em panos de cozinha como alternativa de lavagem; esta alternativa não é uma prática correcta, podendo constituir uma fonte de recontaminação. Os resultados deste estudo estão em concordância com de Abreu²² que considera as mãos uma fonte principal de agentes patogénicos.

O estudo indica que a maioria dos trabalhadores segue a forma correcta de lavagem das mãos antes do início da actividade e depois de manusear carnes cruas (uso de água e sabão 80.1% a 64.9%) respectivamente. Os resultados do presente estudo são diferentes dos encontrados por Toit & Venter¹⁴ onde 30% dos respondentes usam água e sabão para lavar as mãos antes de iniciar a preparação de alimentos e 70% lava as mãos sómente com água. Num estudo similar conduzido por Bennion & Scheule²³ menos de um terço dos inquiridos apontou seguir a maneira correcta de lavagem das mãos antes do início da preparação dos alimentos e depois de manusear as carnes cruas. Comparando os resultados deste estudo com os dos estudos referidos pode-se dizer que os inquiridos do presente estudo estão mais conscientes sobre a necessidade de lavar as mãos antes do início das actividades e depois de manusear as carnes cruas. Tauro *et al*²⁴ no seu estudo observou que a lavagem das mãos na maioria das vezes é feita sem qualquer detergente/ desinfectante. Esta prática pode facilitar a transferência de patógenos das mãos para os alimentos. Cogan *et al*² questiona a lavagem das mãos somente com água e sabão ou somente com água. Este investigador afirma que estes métodos de lavagem das mãos não são higienicamente efectivos, devendo ser complementados com o uso de um desinfectante efectivo.

As mãos devem ser secas depois de lavadas, com uma toalha de mão limpa ou papel toalha. De acordo com os re-

sultados do estudo, os trabalhadores não seguem a prática correcta de limpar as mãos, pois mesmos os que referiram limpar na toalha ou pano de cozinha, observações feitas no local revelaram que a toalha referida ou o pano eram objectos que não estavam em condições higiénicas para o efeito. Num estudo conduzido por Toit & Venter¹⁴ sómente um dos seus inquiridos afirmou seguir a forma correcta para secar ou limpar as mãos depois de lavar (uso de toalha de mão ou papel toalha), enquanto os restantes referiram seguir práticas incorrectas como usar pano de cozinha, a própria roupa assim como não secar ou limpar as mãos, práticas similares às constatadas no presente estudo.

Como se pode notar nos resultados do presente estudo reportam-se práticas incorrectas de uso de faca e tábua de cozinha para alimentos crus e de pronto consumo. Embora, alguns trabalhadores refiram lavar estes objectos com água e sabão eles usam a mesma faca ou tábua tanto para alimentos crus bem como para os de pronto consumo. Os resultados do presente estudo são similares aos encontrados por Toit & Venter.¹⁴ Estudos semelhantes conduzidos por Jay *et al*; Li-Cohen & Bruhn; Klontz *et al*²⁶⁻²⁸ indicam elevadas percentagens de contaminação cruzada através da faca entre alimentos crus e de pronto consumo. No estudo de Jay *et al*²⁶ 76% dos inquiridos afirmou usar a mesma faca para produtos crus e de pronto consumo. Li-Cohen & Bruhn²⁷ 97% dos seus inquiridos afirmaram que normalmente lavam as superfícies aonde cortam as carnes, frango e peixe depois do corte, e 86% afirmou limpar as superfícies de corte depois de cortar frutas e vegetais.

Prática de confecção de alimentos com antecedência

Os resultados do presente estudo coincidem com os obtidos por Toit & Venter¹⁴ onde aproximadamente metade dos inquiridos afirmou que normalmente confecciona os alimentos com antecedência ou as vezes confecciona com antecedência. No mesmo estudo de Toit & Venter¹⁴ a maioria dos respondentes afirmou guardar os alimentos confeccionados com antecedência no refrigerador, ainda que como no presente estudo outros afirmam deixar os alimentos a temperatura ambiente antes de guardar no refrigerador. Jay *et al*²⁶ num estudo similar reporta que 85% dos seus inquiridos admitem que normalmente cozinham com antecedência e deixam os alimentos a temperatura ambiente e só depois guardam no refrigerador.

Práticas de gestão do lixo

Segundo a Cartilha sobre as boas práticas para serviços de alimentação; Baptista & Antunes^{18,29} nas zonas de preparação de alimentos devem existir caixotes de lixo de fecho hermético e de abertura não manual, com saco plástico de utilização única. Facto que não se observa no presente estudo. A atitude dos trabalhadores dos locais do estudo mostra que eles têm consciência dos perigos que podem advir pela não retirada regular do lixo no local de preparação e confecção dos alimentos. De acordo com a Cartilha sobre as Boas Práticas para Serviços de Alimentos²⁹ o lixo deve ser sempre retirado para fora da área de prepa-

ração de alimentos.

Práticas de controle de pragas

Segundo Baptista e Antunes insectos e roedores são um problema que surge com frequência na restauração.¹⁸ De acordo com estes autores, estes animais têm a capacidade de transmitir ao homem certas enfermidades através dos alimentos. Sendo que a contaminação pode ser através da introdução dos seus excrementos nos alimentos ou pela transmissão de patógenos pelo contacto directo com os alimentos. A constatação desta diversidade de pragas nos locais do presente estudo é inadmissível do ponto de vista higiénico e de segurança alimentar pois as pragas são veículos de contaminação. Soares *et al* afirma que os edifícios, instalações, equipamentos, móveis e utensílios devem estar livres de vectores e pragas tais como, moscas, baratas e outros insectos, facto que não se verifica segundo os resultados do presente estudo.³⁰ Num estudo realizado por Tauro *et al* um total de 102 respondentes dos 287 inquiridos afirmou que animais tais como cabritos e ovelhas compartilhavam a mesma casa com alimentos incluindo sobras de alimentos eram guardados nestas casas onde os animais dormem, tendo a presença de bactérias como *E. coli* e *S. aureus* nos alimentos estando associada à presença de animais em cozinhas onde se preparam alimentos.²⁴

De acordo com Soares *et. al* o controle de vectores e pragas abrange acções correctivas e preventivas com vista a impedir o acesso e proliferação destes nos locais de preparação e confecção de alimentos de modo que não comprometam a qualidade higiénico-sanitária dos alimentos.³⁰ Segundo estes autores se as medidas adotadas não forem eficazes, o controle químico deve ser empregue e executado por empresas especializadas. No presente estudo em conversa com os trabalhadores, no casos de uso de controle químico, este é feito pelo último trabalhador a sair no final do turno da noite, sendo que não se sabe se o trabalhador em questão obedece ou não às instruções do fabricante.

Conclusões

Foram constatadas práticas incorrectas no armazenamento de produtos frescos e das carnes, e na na higiene do armazém, e deficiências no funcionamento do sistema de frio. Foram notórios práticas incorrectas lavagem e secagem das mãos bem como uso inadequado de detergentes e desinfectantes. É usada a mesma faca e tábua de cozinha tanto para os produtos frescos, carnes cruas e para alimentos de pronto consumo, sendo que a higienização entre os usos é deficiente. As práticas de higiene da tábua de cozinha na ESHT são bastante precárias.

Referências

- 1World Health Organization. WHO consultation to develop a strategy to estimate the global burden of foodborne diseases. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006. Disponível em URL: http://www.who.int/foodsafety/publications/burden_sept06/en/ [30 10 2018]
- 2WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: foodborne disease burden epidemiology reference group 2007-2015. I. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156516 5 WHO. 2015. Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- 3Mensah P, Mwamakamba L, Mohamed C, Nsue-Milang D. Public health and food safety in the WHO African region.
- 4Kirk MD, Angulo FJ, Havelaar AH, Black RE. Diarrhoeal disease in children due to contaminated food. *Bulletin of the World Health Organization* 2017;95: 233–234. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.173229>.
- 6Munro D, Le Vallee JC, Stuckey J. Improving food safety in Canada: toward a more risk-responsive system. Ottawa, ON: Conference Board of Canada; 2012 Feb. Available from: <http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=4671>
- 7Medeiros L, Hillers V, Kendall P, Mason A. Evaluation of food safety education for consumers. *J Nutr Educ*. 2001;33(S1):S27-S34.
- 8Lukacsovics A, Hatcher M, Papadopoulos A. Risk Factors and Surveillance Systems for Foodborne Illness Outbreaks in Canada. National Collaborating Centre for Environmental Health. 2014. 1-14.
- 9Todd E, Greig J, Bartleson C, Michaels B. Outbreaks where food workers have been implicated in the spread of foodborne disease. Part 3: Factors contributing to outbreaks and description of outbreak categories. *J Food Prot*. 2007;70(9):2199-217.
- 10Oliver SP, Jayarao BM, Almeida RA. Foodborne pathogens in milk and the dairy farm environment: food safety and public health implications. *Foodborne Pathog Dis*. 2005;2(2):115-29.
- 11USAID/INS. Mudanças climáticas e vulnerabilidade da saúde: Impacto nas doenças diarreicas e malária. USAID. 2017. AID-OAA-I-14-00013. 1-16.
- 12Folha de Maputo. INAE pede melhor colaboração dos agentes económicos. 132017. Disponível em URL: <http://www.folhademercado.mozambique.gov.pt/cias/nacional/inae-pede-melhor-colaboracao-dos-agentes-economicos/> [29 10 2018].
- 14Folha de Maputo. INAE encerra 20 estabelecimentos por falta de higiene. 152017. Disponível em URL: <http://www.folhademercado.mozambique.gov.pt/cias/nacional/inae-pede-melhor-colaboracao-dos-agentes-economicos/> [31 10 2018].
- 16Monteiro JD. Chefe do Departamento de Alimentação, na Direcção dos Serviços Sociais da UEM. Comunicação pessoal. 2009.
- 17Toit L, Venter I. Food practices associated with increased risk of bacterial food-borne disease of female students in self-catering residences at the Cape Peninsula University of Technology. *JFECs*. 2005;33:73-87.
- 18Spiegel G. Food safety in the home. *Nutr Food Sci*. 1991.14-15.
- 19Eley A. Food safety in the home: current microbiological perspectives. *Nutr Food Sci*. 1992. 92(5):8-13.
- 20Instituto Politécnico de Leiria. Código de boas práticas e higiene e segurança alimentar. 2014. Disponível em URL https://www.google.com/search?ei=H3nZW6ipMangkgXi-5hOICw&q=praticas+de+congelamento+de+carnes+em+servicos+de+restauracao&oeq=praticas+de+congelamento+de+carnes+em+servicos+de+restauracao&gs_l=p-sy-ab.12...4598.37463.0.43384.86.65.0.0.0.804.8652.4-7j4j4.16.0....1c.1.64. psy-ab.72.8.4842.6.0...33i22i29j30k1j0i22i30k1j33i160k1j33i21k-1.568.3VqEpRskX60 [31 10 2018].
- 21Baptista A, Antunes C. Higiene e Segurança Alimentar na Restauração. 2005. 1ª Edição Vol II. Forvisão – Consultoria em formação avançada, S A.
- 22Altekruse SF, Street DA, Fein SB, Levy AS. Consumer Knowledge of food-borne microbial hazards and food-handling practices. *J Food Prot*. 1996.59(3):287-294.
- 23Yang S, Left MG, Mctague D, Horvath KA, Jackson-Thompson J, Murayi T. *et al*. Multistate surveillance for food-handling, preparation, and consumption behaviors associated with food-borne disease: 1995 and 1996. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1998.47. (4):S33-S57.
- 24Shifferaw B, Yang S, Cieslak P, Vugia DF. Prevalence of hig-risk food consumption and Food handling practices among adults: a multistate survey, 1996 to 1997. *J Food Prot*. 2000.63(11):1538-1543.
- 25de Abreu ES, Medeiros FS, Santos DA. Análise microbiológica de mãos de manipuladores de alimentos do município de santo André. *Revista Univap, São José dos Campos-SP*. 2011. 17(30):39-56.
- 26Bennion M, Scheule B. Introductory food. 12th edition. 2004. Upper Saddled River, NJ. Person Education International.
- 27Taulo S, Wetlesen A, Abrahamsen R, Kululanga G, Mkakosya R, Grimason A. Microbial hazard identification and exposure of food prepared and served rural households of Lungwena, Malawi. *Int J Food Microbiol*. 2008.125:111-116.
- 28Cogan TA, Bloomfield S, Humphrey TJ. *Campilobacter* and *Salmonella* contamination level on hands and kitchen surfaces following the preparation of raw chicken in domestic kitchen and after cleaning. *Ann Symp Soc Appl Microbiol*. 2001. Swansea.
- 29Jay, L.S., Comar, D. & Govenlock, L.D. (1999). A national Australian food safety telephone survey. *Journal of Food Protection*; 62(11):1285-1296.
- 30Li-Cohen AE, Bruhn CM. Safety of consumer handling of fresh produce from the time of purchase to the late: a Comprehensive consumer survey. *J Food Prot*. 2002. 65(8):1287-1296.
- 31Klontz KC, Timbo B, Fein S, Levy A. Prevalence of selected food consumption of preparing behaviors associated with Increased risks of food borne disease. *J Food Prot*. 1995.58(8):927-30.
- 32Cartilha sobre as boas práticas para serviços de alimentação. 2004. Resolução n° 216, 3ª edição, Brasília. Disponível em URL [20 02 2010]
- 33Soares AG, Oliveira AGM, Fonseca MJO, Freire Júnior M. Boas práticas de manipulação de alimentos. 2006. 1ª edição. Rio de Janeiro: Embrapa Agroindústria de Alimentos.

Frequência de Factores de Risco Associados a Co-infecção pelo HBV/HIV em Doadores de Sangue Repositores do Hospital Central de Maputo e do Hospital Provincial de Xai-Xai, 2015.

Eugénio Augusto Chilengue¹, Jahit Sacarla²

1. Ministério da Saúde, Direcção de Gestão e Garantia da Qualidade.

2. Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo.

Autor para correspondência: Eugénio Chilengue

Ministério da saúde Av. Eduardo Mondlane nº 1008, Maputo| Correio electrónico: euchilengue@gmail.com

Resumo

Foi realizado um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa para identificar a frequência dos factores de risco associados a co-infecção pelo vírus de Hepatite B (HBV) e vírus de imunodeficiência Humana (HIV) em doadores de sangue repositores, no 2º trimestre de 2015. O estudo foi realizado no Banco de Sangue do Hospital Central de Maputo (HCM) e do Hospital Provincial de Xai-Xai (HPXX). Constituiu população deste estudo os doadores repositores de sangue das duas Unidades Sanitárias. Foram inqueridos 240 doadores repositores de sangue para identificar os factores de risco associados a co-infecção entre HBV/HIV e determinou-se a frequência através dos dados obtidos do registo do trabalho de rotina. A frequência da Hepatite B foi de 5,0% (12/240), de HIV foi de 5,8% (14/240). A monoinfecção por HBV foi de 5,2% (7/120) no HCM, 6,7% (8/120) no HPXX e de HIV foi de 4,2% (5/120) no HCM e 5% (6/120) no HPXX. A co-infecção total de HBV/HIV foi de 1,3% (3/240) sendo no HCM de 0,8% (1/120) e 1,7% (2/120) no HPXX. Ser comerciante, estar internado por mais de uma semana e com história de uso da droga injectável são factores de risco associados a infecção pelo HBV. Não foi possível associar os factores de risco investigados à monoinfecção por HIV neste estudo.

Palavras chaves: HBV, HIV, Factores de Risco, Doadores de Sangue, Banco de Sangue.

Frequency of Risk Factors Associated with HBV/HIV Co-Infection in Blood Donors of Maputo Central Hospital and Xai-Xai Provincial Hospital, 2015

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was carried out with a quantitative approach to identify the frequency of risk factors associated with Hepatitis B Virus (HBV) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) co-infection in blood donor recipients in 2nd quarter 2015. The research was conducted at the Blood Bank of Maputo Central Hospital (HCM) and Xai-Xai Provincial Hospital (HPXX). The population of this study was the donors of blood recipients of the two Sanitary Units. A survey was performed on 240 blood donor recipients to identify the risk factors associated with HBV / HIV co-infection, their frequency was determined through data from the routine work registry and analysis was performed through the test statistic χ^2 at a 95% confidence interval. The results show that the total frequency of Hepatitis B in both Hospitals was 5.0% (12/240), while that of HIV was 5.8% (14/240). HBV mono-infection

Introdução

A Hepatite é uma doença viral aguda causada por um *hepadnavirus* com genoma circular do ADN de cadeia dupla e apresenta celoma. Em 5% a 10% dos pacientes é acompanhada de hepatite crónica¹ e é altamente prevalente no mundo e principal causa de morbi-mortalidade, onde 350-400 milhões de pessoas são portadores crónicos e 15% a 40% deles desenvolvem complicações.² A prevalência do HBsAg+ é considerada alta quando é superior a 7%, intermediária entre 2 e 7% e baixa onde é <2%.³ A SIDA por sua vez, é causada pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV), que é um retrovírus de género *lentiviridae*, parte da família *retroviridae*.⁴ Cerca de 8% de adultos no mundo e 1 em cada 20 na África Subsaariana (respondendo a 71% em todo mundo) vivem com HIV.⁵ Em África, a epidemia do HIV afecta principalmente os países da África Subsaariana com uma prevalência de cerca de 4,5% e em Moçambique continua sendo um problema importante para o Sistema Nacional de Saúde.²⁹

A co-infecção entre o HBV e HIV é frequente, porque estes vírus apresentam as mesmas vias de transmissão e ambos são prevalentes em algumas regiões do mundo. No entanto, a seroprevalência desta co-infecção varia de acordo com as características geográficas e os factores de risco das diferentes regiões.^{6,7} Há também relatos que a co-infecção com o HIV, diminui a persistência de anticorpos anti-HBs. Outros estudos sugerem que a infecção pelo HIV favorece episódios de reinfecção e reativação do HBV e ainda, o aparecimento de perfis serológicos atípicos, sendo que muitos deles apresentam positividade somente para o marcador anti-HBc.⁸

Estudos realizados em Moçambique encontraram uma frequência de HBV de 18,6%⁹, 32,1%¹⁰ e 2,9%¹¹ em toda a Cidade de Maputo, 16% no Centro de Saúde do Alto-Maé,¹² 15,5% no HCM e 20% no Hospital geral José Macamo¹³, 36,4% em Nacala¹⁰ e 11,4% em presidiários em Moçambique.¹⁴ As transfusões de sangue são responsáveis por 15% das infecções por hepatite B.¹⁵ O presente estudo foi realizado com objectivo de identificar a frequência dos factores de risco associados a co-infecção pelo HBV/HIV em doadores de sangue repositores.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo transversal com uma abordagem quantitativa. Usando uma amostragem por conveniência, foram obtidos nos Banco de Sangue, os dados sobre a frequência de casos de HBV e HIV em doadores de sangue repositores e pesquisamos os factores de risco associados a co-infecção pelos dois vírus através de um inquérito administrado durante os dias úteis da semana. Foram incluídos nesta pesquisa indivíduos com: Idade entre 18 a 60 anos, com peso mínimo de 50Kg, saudáveis física e psicologicamente e indivíduos que aceitaram participar no estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Informado e Livre. Idade menor que 18 anos; quem ingeriu bebida alcoólica nas últimas 24 horas anteriores ao inquérito (um dos critérios da selecção dos doadores implementado em todos BS).

As variáveis qualitativas foram recodificadas de modo a facilitar a sua análise, e tal como os valores quantitativos foi efectuada uma análise de estatística descritiva (proporção). Foi usado o teste qui-quadrado χ^2 (Pearson) para avaliar a associação dos factores de risco (exposição) e a presença da co-infecção pelo HBV e HIV.

O valor de *odds ratio* (OR) e os seus 95% de IC foram calculados pela regressão logística bivariada e multivariada de modo a caracterizar a relação entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes. Os factores de risco, onde o valor $p < 0.05$, foram considerados estatisticamente significativos e efectuou-se a análise multivariada posterior (para controlo de variáveis de confusão). Para a nossa análise estatística usamos o pacote estatístico SPSS versão 16.³⁴

Aspectos Éticos

O estudo teve início após autorização da Direcção do HCM, HPXX e aprovação pelo Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina e HCM (CIBS FM & HCM) com referência 546/DCIEFHCM/14, 45/HPXX/SEC/024.1/2014 e 03/2015/CIBS FM&HCM respectivamente.

Resultados

Foram inqueridos e testados 240 doadores repositores de sangue dos quais 5% (12) estavam infectados pelo HBV e 5,8% (14) pelo HIV com maior frequência no grupo etário de 21-30 com 58,3% e 50% respectivamente (anexo, tabela 1).

Tabela 1: Estratificação da mono-infecção dos pacientes com HBV e HIV por faixa etária.

Faixa etária	HBsAg + (n=12) n(%)	HBsAg + (n=228) n(%)	HIV + (n=14) n(%)	HIV - (n=226) n(%)
<20	1(8.33)	34(14.91)	2(14.29)	32(14.16)
21-30	7(58.33)	93(40.79)	7(50)	97(42.92)
31-40	3(25)	62(27.19)	5(35.71)	58(25.66)
41-50	0(0.0)	27(11.84)	0(0.0)	32(14.16)
51-60	1(8.33)	12(5.26)	0(0.0)	7(3.097)

Dos 12 que reagiram positivo ao HBsAg, 75% eram do sexo masculino e dos 14 doadores que foram positivos ao teste de HIV, 78,6% eram do sexo masculino (anexo, tabela 2).

Tabela 2: Comparação da frequência de HBV e HIV por sexo dos doadores.

Sexo	HBsAg + (n=12) n(%)	HBsAg + (n=228) n(%)	HIV + (n=14) n(%)	HIV + (n=226) n(%)
Masculino	9(75)	172(75.44)	11(78.57)	167(73.89)
Feminino	3(25)	56(24.56)	3(21.43)	59(26.11)

Os resultados revelaram forte associação entre a mono-infecção pelo HBV e os seguintes factores de risco: ser comerciante 25%, internamento por mais de 1 semana 20% e uso de droga injectável 33,3%, (anexo, tabela 3).

Tabela 3: Análises bivariada e multivariada de factores de risco associados a mono-infecção por HBV em doadores de sangue. Nota: CI: Intervalo de confiança; OR: odds ratio.

Factor de risco	HBsAb + (n= 12)	HBsAb - (n= 228)	Unadjusted OR [95% CI]	ρ -value	Adjusted OR [95% CI]	ρ -value
Profissão						
Estudante	1 (8.3%)	54 (23.7%)	2.7 [0.6-12.1]	0.2	-----	
Doméstico	2 (16.7%)	34 (14.9%)	0.6 [0.1-4.4]	0.6	-----	
Operário	5 (41.7%)	52 (22.8%)	0.2 [0.05-1.2]	0.1		
Comerciante	3 (25.0%)	21 (9.2%)	0.2 [0.03-0.9]	<0.04	4.5 [1.3-16.5]	0,0
Função pública	1 (8.3%)	67 (29.4%)	1.0 [0.1-7.6]	0.9	-----	
Vacina HB						
Vacinado	2 (16.7%)	119 (52.2%)	1			
Não vacinados	10 (83.3%)	109 (47.8%)	3.7 [1.3-10.8]	<0.02	0.3 [0.1-1.3]	0.1
Duração do internamento						
< 1 semana	1 (8.3%)	27 (11.8%)	0.5 [0.1-4.2]	0.5	-----	
1 semana	1 (8.3%)	21 (9.2%)	1.7 [0.4-8.3]	0.5	-----	
> 1 semana	2 (16.7%)	10 (4.4%)	4.4 [1.1-17.6]	<0.04	6.5 [1.6-26.9]	0,0
≥ 1 mês	1 (8.3%)	15 (6.6%)	1.2 [0.2-10.1]	0.9	-----	
Sem informação	7 (58.3%)	155 (68.0%)			-----	
Droga injectável						
Injectado	2 (16.7%)	4 (1.8%)	0.1 [0.1-0.6]	<0.01	15.4 [2.3-101.3]	0,0
Não injectado	10 (83.3%)	224 (98.2%)	1		-----	

Discussão

A frequência com que a infecção pelo HBV ocorre depende de factores relacionados ao hospedeiro, ao vírus e ao meio ambiente. Áreas de endemicidade intermédia alta a prevalência de infecção se situa entre (5-7%),¹⁶ o resultado deste estudo encontrou a frequência de HBV de 5.0% que coloca os dois Bancos de Sangue em análise na mesma área, foi similar ao encontrado em Brasil (5,1%)² e superior em outros estudos realizados na Cidade de Maputo e no Hospital Agostinho Neto (2,9%)^{11,17} e no Brasil (2%).¹⁸

Por outro lado, encontramos uma frequência de HBV de 5,8% inferior à do Centro de Saúde do Alto-Maé em Maputo (16%)¹², no HCM (15,5%), Hospital Geral José Macamo (20%)¹³, na cidade de Maputo (18,6%)⁹ e

(32,1%)¹⁰, na em Nacala (36,4%)¹⁰ e em presidiários em Moçambique (11,4%)¹⁴ e Angola (11%).¹⁹

A frequência de HIV (5,8%) encontrada foi menor a encontrada na cidade de Maputo (50,3%) e em Nacala (36,8%)²⁴ e a encontrada em Moçambique (24,2%).²⁵ Este resultado classifica os dois Bancos de Sangue em análise como zonas de alta frequência de HIV em África (4,2-4,8%).⁵

A frequência de mono-infecção por HBV (58,3%) encontrada neste estudo na faixa etária de 21-30, é maior que a encontrada no Estado do Maranhão (33,2%)¹⁷ e em Hong Kong (8,4%).²⁰ E a de HIV (50%) encontrada na faixa etária de 21-30, é próxima da encontrada na Índia (54,9%).²¹ Porém nossos resultados foram superiores aos encontrados na Etiópia onde variou entre 1,3-2,4%,¹⁰ e no Zimbábue que foi de 13,3% em adultos (15-49 anos) em 2017.³⁵

Analisando os factores envolvidos na mono-infecção pelo HBV, observou-se a frequência mais elevada em indivíduos do sexo masculino (75%), o que foi confirmado pela percentagem destes que, demonstrou que o sexo é um factor de risco para a infecção pelo HBV, este resultado coincide com o que foi observado em estudos realizados no Brasil (71,5%)²², em Cuba^{23,26}, Índia²⁴, Rio de Janeiro²⁵ e na Turquia.²³

A maior frequência entre os membros do sexo masculino não se deve a uma maior susceptibilidade desse sexo à infecção pelo HBV, mas provavelmente reflecte à maior exposição a factores de risco incluindo multiplicidade de parceiros, maior risco de acidente com necessidade de transfusão, partilha de lâminas de barbear etc.^{27,28}

A frequência de 78,6% de HIV encontrada no sexo masculino nos nossos resultados foi menor a encontrada na Índia (97,4%)²⁹ contudo foi superior a encontrada na Etiópia (6%).²⁹

A análise multivariada revelou forte associação entre a mono-infecção pelo HBV os seguintes factores de risco: ser comerciante (25%), internamento por mais de 1 semana (20%) e uso de droga injectável (33,3%). O resultado difere com o que foi observado em presidiários que partilhavam lâminas e tinham tatuagem, na cidade de Maputo (16,7%) e Nacala (13,9%).²⁹

Entretanto estudos realizados em diferentes lugares evidenciaram uma forte associação entre o uso de drogas injectáveis e a positividade para o HBV com as seguintes frequências: Rio de Janeiro (55,8%)³⁰, São Paulo (55,6%)³¹, Índia (39,5%)³², Tailândia (63%).³³

Não foi associado nenhum factor de risco em estudo à mono-infecção pelo HIV porque apesar de constituírem factores de risco apresentaram uma baixa intensidade de associação capaz de causar a infecção pelo HBV ou/e por HIV comparada as variáveis altamente susceptíveis.

Conclusão

Os resultados demonstram que a frequência de HBV (5%) e do HIV (5,8%) é intermédia alta e a co-infecção HBV/HIV é baixa (1,3%). Ainda os dados mostram que os factores de risco associados a mono-infecção por HBV são: profissão comerciante, internamento por mais de 1 semana e o uso de droga injectável. Porém não foi possível associar nenhum factor de risco em estudo à mono-infecção por HIV.

Agradecimento

Aos doadores de sangue que consentiram em participar voluntariamente neste estudo. Ao director do BS-HCM, aos enfermeiros Orlando Mahota (BS-HCM), Maria Maceda e Júlio Capesse (BS-HPXX) pelo seu empenho no recrutamento dos participantes do estudo.

Referências

- Murray, et al., (2009). Prevalência de Hepatites B e C em pacientes infectados com retrovírus humanos na cidade de Salvador-Bahia. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Imunologia. Universidade Federal da Bahia.
- Carey W.D (2009). The prevalence and natural history of hepatitis B in the 21st century. *Cleveland Clinic journal of medicine*; 76 Suppl 3:S2-5.
- Ferreira, C. T., (2004), "Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção", 7 (4), 473 – 487.
- Análise Comparativa de Protocolos de Terapia Medicamentosa em Pessoas Adultas Vivendo com HIV/AIDS. Universidade de Brasília.
- WHO, (2004). Hepatitis B surface antigen assays: operational characteristics. (Phase I) Report.
- Moreira, M. (2006), Prevalência de Hepatites B e C em pacientes infectados com retrovírus humanos na cidade de Salvador-Bahia. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Imunologia. Universidade Federal da Bahia.
- Souza, M. G. et al. (2004). Co-infecção HIV e vírus da hepatite B : prevalência e fatores de risco, 37(5), 391–395.
- Pimentel K. N. et al., (2010), Aspectos Moleculares da Infecção pelo Vírus da Hepatite B em Indivíduos Infectados Pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em Goiânia – Goiás. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP-UFG), CEP: 74605-050, Goiânia-Goiás- Brasil.
- Peréz O. et al., (1989), Prevalence of HbsAg in blood donors and patients at the central hospital of Maputo, Mozambique 1985. *Revista Cubana de Medicina Tropical*.
- Baltazar C. S. (2014), Alta prevalência de HIV, HBV e HCV e riscos comportamentais em pessoas que injectam droga: resultados do primeiro inquérito biológico e comportamental. INS.
- Uetela D. M. (2015), Estudo sobre prevalência do antígeno de superfície do vírus da hepatite B e factores de risco associados a sua transmissão em mulheres em idade fértil na cidade de Maputo.
- Semá C. A., (2011), Estudo dos Aspectos Seroepidemiológicos e Imunológicos da Infecção pelo Vírus da Hepatite B (HBV) em Pacientes Infectados pelo Vírus do HIV no Centro de Saúde do Alto-Maé , Maputo. Pós-Graduação em Biologia Celular e Molecular.
- Baptista A. A., (2001), Avaliação da Prevalência da HBV nos doadores de sangue do Hospital Central de Maputo e Hospital Geral José Macamo. Trabalho de Licenciatura. Departamento de Ciências Biológicas, UEM, Maputo.
- Augusto A. R. et al., (2012), Seroprevalência do vírus de hepatite B em presidiários HIV positivos em Moçambique. INS.
- Valente V.B. et al., (2005), Marcadores sorológicos das hepatites B e C em doadores de sangue do Hemocentro de Ribeirão Preto, SP.
- OTT, J. J. (2012), Global epidemiology of hepatitis B virus infection: New estimates of age -specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine*, v. 30, n. 12, p. 2212 -2219.
- Gonçalves J. C. (2008), Análise Comparativa de Protocolos de Terapia Medicamentosa em Pessoas Adultas Vivendo com HIV/AIDS. Universidade de Brasília.
- Araújo et al., (2012), Prevalência da hepatite B em usuários do laboratório central do piauí prevalence of hepatitis b in users of piauí central laboratory prevalence da la hepatitis b en usuários del laboratorio central de piauí.
- Baião et al., (2008), Prevalência das hepatites b e c em doadores de sangue e da hepatite b em gestantes no kuito, Bié, Angola. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Medicina Tropical do Instituto Oswaldo Cruz.
- Correia et al., (2010), Marcadores do vírus da hepatite B em candidatos à doação de sangue no Estado do Maranhão.
- WHO (2009), Weekly epidemiology record. Contract No. 40.
- Mehmet, D. et al., (2004), Prevalence of hepatitis B infection in the Southeastern region of Turkey: Comparison of risk factors for HBV infection in rural and urban areas. *Japanese Journal of Infectious Diseases*, 58: 15-19.
- Makroo R.N. et al., (2011), Prevalence of HIV among blood donors in a tertiary care centre of north India. *Indian J Med*.
- Fontanet A.L., et al. Age- and sex-specific HIV-1 prevalence in the urban community setting of Addis Ababa, Ethiopia.
- Assis et al., (2004), Prevalência de marcadores do Vírus da hepatite B em crianças de 3 a 9 anos em um município da Amazônia Brasileira. *Revista Panamericana de*

- Saúde Publica 15: 26-34.
26. Rodriguez-mendez, M.L. et al. (2000), Prevalence, patterns, and course of past hepatitis B virus infection in intravenous drug users with HIV-1. *American Journal of Gastroenterology*, 95: 1316-1322.
 27. Sud. A. et al., (2001), Hepatitis B virus co-infection in HIV infected patients. *Tropical Gastroenterology*, 22: 90-92.
 28. Lao T.T. et al., (2014), Age-specific prevalence of hepatitis B virus infection in young pregnant women, Hong Kong Special Administrative Region of China.
 29. Luci, C. et al., (2001), “Perfil seroepidemiológico da infecção pelo vírus da hepatite B em profissionais das unidades de hemodiálise de Goiânia-Goiás”, *Brasil Central*, 34(6), 543–548.
 30. Lewis-ximenez, L.L. et al., (2002), Risk factors for hepatitis B virus infection in Rio de Janeiro, Brazil. *BMC Public Health*, 2:26.
 31. Szwarcwald, C.L. et al., (2005), Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos. *Boletim Epidemiológico*, 1: 18-24.
 32. Makroo, R.N. et al., (2011), Prevalence of HIV among blood donors in a tertiary care centre of north India. *Indian J Med*.
 33. Oliveira, M.L.A. et al., (1999), Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 32: 1107-1114.
 34. https://www.unimuenster.de/imperia/md/content/ziv/service/software/spss/handbuecher/englisch/spss_brief_guide_16.0.pdf
- Gam Zimbabwe Country Report Reporting Period: January 2017 - December 2017

Frequência de Factores de Risco Associados a Co-infecção pelo HBV/HIV em Doadores de Sangue Repositores do Hospital Central de Maputo e do Hospital Provincial de Xai-Xai, 2015.

Eugénio Augusto Chilengue¹, Jahit Sacarla²

1. Ministério da Saúde, Direcção de Gestão e Garantia da Qualidade.

2. Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo.

Autor para correspondência: Eugénio Chilengue

Ministério da saúde Av. Eduardo Mondlane nº 1008, Maputo| Correio electrónico: euchilengue@gmail.com

RESUMO

Foi realizado um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa para identificar a frequência dos factores de risco associados a co-infecção pelo vírus de Hepatite B (HBV) e vírus de imunodeficiência Humana (HIV) em doadores de sangue repositores, no 2º trimestre de 2015. O estudo foi realizado no Banco de Sangue do Hospital Central de Maputo (HCM) e do Hospital Provincial de Xai-Xai (HPXX). Constituiu população deste estudo os doadores repositores de sangue das duas Unidades Sanitárias. Foram inqueridos 240 doadores repositores de sangue para identificar os factores de risco associados a co-infecção entre HBV/HIV e determinou-se a frequência através dos dados obtidos do registo do trabalho de rotina. A frequência da Hepatite B foi de 5,0% (12/240), de HIV foi de 5,8% (14/240). A monoinfecção por HBV foi de 5,2% (7/120) no HCM, 6,7% (8/120) no HPXX e de HIV foi de 4,2% (5/120) no HCM e 5% (6/120) no HPXX. A co-infecção total de HBV/HIV foi de 1,3% (3/240) sendo no HCM de 0,8% (1/120) e 1,7% (2/120) no HPXX. Ser comerciante, estar internado por mais de uma semana e com história de uso da droga injectável são factores de risco associados a infecção pelo HBV. Não foi possível associar os factores de risco investigados à monoinfecção por HIV neste estudo.

Palavras chaves: HBV, HIV, Factores de Risco, Doadores de Sangue, Banco de Sangue.

Frequency of Risk Factors Associated with HBV/HIV Co-Infection in Blood Donors of Maputo Central Hospital and Xai-Xai Provincial Hospital, 2015

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was carried out with a quantitative approach to identify the frequency of risk factors associated with Hepatitis B Virus (HBV) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) co-infection in blood donor recipients in 2nd quarter 2015. The research was conducted at the Blood Bank of Maputo Central Hospital (HCM) and Xai-Xai Provincial Hospital (HPXX). The population of this study was the donors of blood recipients of the two Sanitary Units. A survey was performed on 240 blood donor recipients to identify the risk factors associated with HBV / HIV co-infection, their frequency was determined through data from the routine work registry and analysis was performed through the test statistic χ^2 at a 95% confidence interval. The results show that the total frequency of Hepatitis B in both Hospitals was 5.0% (12/240), while that of HIV was 5.8% (14/240). HBV mono-infection

Introdução

A Hepatite é uma doença viral aguda causada por um *hepadnavírus* com genoma circular do ADN de cadeia dupla e apresenta celoma. Em 5% a 10% dos pacientes é acompanhada de hepatite crónica¹ e é altamente prevalente no mundo e principal causa de morbi-mortalidade, onde 350-400 milhões de pessoas são portadores crónicos e 15% a 40% deles desenvolvem complicações.² A prevalência do HBsAg+ é considerada alta quando é superior a 7%, intermediária entre 2 e 7% e baixa onde é <2%.³ A SIDA por sua vez, é causada pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV), que é um retrovírus de género *lentiviridae*, parte da família *retroviridae*.⁴ Cerca de 8% de adultos no mundo e 1 em cada 20 na África Subsaariana (respondendo a 71% em todo mundo) vivem com HIV.⁵ Em África, a epidemia do HIV afecta principalmente os países da África Subsaariana com uma prevalência de cerca de 4,5% e em Moçambique continua sendo um problema importante para o Sistema Nacional de Saúde.²⁹

A co-infecção entre o HBV e HIV é frequente, porque estes vírus apresentam as mesmas vias de transmissão e ambos são prevalentes em algumas regiões do mundo. No entanto, a seroprevalência desta co-infecção varia de acordo com as características geográficas e os factores de risco das diferentes regiões.^{6,7} Há também relatos que a co-infecção com o HIV, diminui a persistência de anticorpos anti-HBs. Outros estudos sugerem que a infecção pelo HIV favorece episódios de reinfecção e reativação do HBV e ainda, o aparecimento de perfis serológicos atípicos, sendo que

muitos deles apresentam positividade somente para o marcador anti-HBc.⁸

Estudos realizados em Moçambique encontraram uma frequência de HBV de 18,6%⁹, 32,1%¹⁰ e 2,9%¹¹ em toda a Cidade de Maputo, 16% no Centro de Saúde do Alto-Maé,¹² 15,5% no HCM e 20% no Hospital geral José Macamo¹³, 36,4% em Nacala¹⁰ e 11,4% em presidiários em Moçambique.¹⁴ As transfusões de sangue são responsáveis por 15% das infecções por hepatite B.¹⁵ O presente estudo foi realizado com objectivo de identificar a frequência dos factores de risco associados a co-infecção pelo HBV/HIV em doadores de sangue repositores.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo transversal com uma abordagem quantitativa. Usando uma amostragem por conveniência, foram obtidos nos Banco de Sangue, os dados sobre a frequência de casos de HBV e HIV em doadores de sangue repositores e pesquisamos os factores de risco associados a co-infecção pelos dois vírus através de um inquérito administrado durante os dias úteis da semana. Foram incluídos nesta pesquisa indivíduos com: Idade entre 18 a 60 anos, com peso mínimo de 50Kg,

saudáveis física e psicologicamente e indivíduos que aceitaram participar no estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Informado e Livre. Idade menor que 18 anos; quem ingeriu bebida alcoólica nas últimas 24 horas anteriores ao inquérito (um dos critérios da selecção dos doadores implementado em todos BS).

As variáveis qualitativas foram recodificadas de modo a facilitar a sua análise, e tal como os valores quantitativos foi efectuada uma análise de estatística descritiva (proporção). Foi usado o teste qui-quadrado χ^2 (Pearson) para avaliar a associação dos factores de risco (exposição) e a presença da co-infecção pelo HBV e HIV. O valor de *odds ratio* (OR) e os seus 95% de IC foram calculados pela regressão logística bivariada e multivariada de modo a caracterizar a relação entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes. Os factores de risco, onde o valor $p < 0.05$, foram considerados estatisticamente significativos e efectuou-se a análise multivariada posterior (para controlo de variáveis de confusão). Para a nossa análise estatística usamos o pacote estatístico SPSS versão 16³⁴

Aspectos Éticos

O estudo teve início após autorização da Direcção do HCM, HPXX e aprovação pelo Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina e HCM (CIBS FM & HCM) com referência 546/DCIEFHCM/14, 45/HPXX/SEC/024.1/2014 e 03/2015/CIBS FM&HCM respectivamente.

Resultados

Foram inqueridos e testados 240 doadores repositores de sangue dos quais 5% (12) estavam infectados pelo HBV e 5,8% (14) pelo HIV com maior frequência no grupo etário de 21-30 com 58,3% e 50% respectivamente (anexo, tabela 1).

Tabela 1: Estratificação da mono-infecção dos pacientes com HBV e HIV por faixa etária.

Faixa etária	HBsAg + (n=12) n(%)	HBsAg + (n=228) n(%)	HIV + (n=14) n(%)	HIV - (n=226) n(%)
<20	1(8.33)	34(14.91)	2(14.29)	32(14.16)
21-30	7(58.33)	93(40.79)	7(50)	97(42.92)
31-40	3(25)	62(27.19)	5(35.71)	58(25.66)
41-50	0(0.0)	27(11.84)	0(0.0)	32(14.16)
51-60	1(8.33)	12(5.26)	0(0.0)	7(3.097)

Dos 12 que reagiram positivo ao HBsAg, 75% eram do sexo masculino e dos 14 doadores que foram positivos ao teste de HIV, 78,6% eram do sexo masculino (anexo, tabela 2).

Tabela 2: Comparação da frequência de HBV e HIV por sexo dos doadores.

Sexo	HBsAg + (n=12) n(%)	HBsAg + (n=228) n(%)	HIV + (n=14) n(%)	HIV + (n=226) n(%)
Masculino	9(75)	172(75.44)	11(78.57)	167(73.89)
Feminino	3(25)	56(24.56)	3(21.43)	59(26.11)

Os resultados revelaram forte associação entre a mono-infecção pelo HBV e os seguintes factores de risco: ser comerciante 25%, internamento por mais de 1 semana 20% e uso de droga injectável 33,3%, (anexo, tabela 3).

Tabela 3: Análises bivariada e multivariada de factores de risco associados a mono-infecção por HBV em doadores de sangue. Nota: CI: Intervalo de confiança; OR: odds ratio.

Factor de risco	HBsAb + (n= 12)	HBsAb - (n= 228)	Unadjusted OR [95% CI]	p-value	Adjusted OR [95% CI]	p-value
Profissão						
Estudante	1 (8.3%)	54 (23.7%)	2.7 [0.6-12.1]	0.2		
Doméstico	2 (16.7%)	34 (14.9%)	0.6 [0.1-4.4]	0.6		
Operário	5 (41.7%)	52 (22.8%)	0.2 [0.05-1.2]	0.1		
Comerciante	3 (25.0%)	21 (9.2%)	0.2 [0.03-0.9]	<0.04	4.5 [1.3-16.5]	0,0
Função pública	1 (8.3%)	67 (29.4%)	1.0 [0.1-7.6]	0.9		
Vacina HB						
Vacinado	2 (16.7%)	119 (52.2%)	1			
Não vacinados	10 (83.3%)	109 (47.8%)	3.7 [1.3-10.8]	<0.02	0.3 [0.1-1.3]	0.1
Duração do internamento						
< 1 semana	1 (8.3%)	27 (11.8%)	0.5 [0.1-4.2]	0.5		
1 semana	1 (8.3%)	21 (9.2%)	1.7 [0.4-8.3]	0.5		
> 1 semana	2 (16.7%)	10 (4.4%)	4.4 [1.1-17.6]	<0.04	6.5 [1.6-26.9]	0,0
≥ 1 mês	1 (8.3%)	15 (6.6%)	1.2 [0.2-10.1]	0.9		
Sem informação	7 (58.3%)	155 (68.0%)				
Droga injectável						
Injectado	2 (16.7%)	4 (1.8%)	0.1 [0.1-0.6]	<0.01	15.4 [2.3-101.3]	0,0
Não injectado	10 (83.3%)	224 (98.2%)	1			

Discussão

A frequência com que a infecção pelo HBV ocorre depende de factores relacionados ao hospedeiro, ao vírus e ao meio ambiente. Áreas de endemicidade intermédia alta a prevalência de infecção se situa entre (5-7%),¹⁶ o resultado deste estudo encontrou a frequência de HBV de 5.0% que coloca os dois Bancos de Sangue em análise na mesma área, foi similar ao encontrado em Brasil (5,1%)² e superior em outros estudos realizados na Cidade de Maputo e no Hospital Agostinho Neto (2,9%)^{11,17} e no Brasil (2%).¹⁸

Por outro lado, encontramos uma frequência de HBV de 5,8% inferior à do Centro de Saúde do Alto-Maé em Maputo (16%)¹², no HCM (15,5%), Hospital Geral José Macamo (20%)¹³, na cidade de Maputo (18,6%)⁹ e (32,1%)¹⁰, na em Nacala (36,4%)¹⁰ e em presidiários em Moçambique (11,4%)¹⁴ e Angola (11%).¹⁹

A frequência de HIV (5,8%) encontrada foi menor a encontrada na cidade de Maputo (50,3%) e em Nacala (36,8%)²⁴ e a encontrada em Moçambique (24,2%).²⁵ Este resultado classifica os dois Bancos de Sangue em análise como zonas de alta frequência de HIV em África (4,2-4,8%).⁵

A frequência de mono-infecção por HBV (58,3%) encontrada neste estudo na faixa etária de 21-30, é maior que a encontrada no Estado do Maranhão (33,2%)¹⁷ e em Hong Kong (8,4%).²⁰ E a de HIV (50%) encontrada na faixa etária de 21-30, é próxima da encontrada na Índia (54,9%).²¹ Porém nossos resultados foram superiores aos encontrados na Etiópia onde variou entre 1,3-2,4%,¹⁰ e no Zimbábue que foi de 13,3% em adultos (15-49 anos) em 2017.

Analisando os factores envolvidos na mono-infecção pelo HBV, observou-se a frequência mais elevada em indivíduos do sexo masculino (75%), o que foi confirmado pela percentagem destes que, demonstrou que o sexo é um factor de risco para a infecção pelo HBV, este resultado coincide com o que foi observado em estudos realizados no Brasil (71,5%)²², em Cuba^{23,26}, Índia²⁴, Rio de Janeiro²⁵ e na Turquia.²³

A maior frequência entre os membros do sexo masculino não se deve a uma maior susceptibilidade desse sexo à infecção pelo HBV, mas provavelmente reflecte à maior exposição a factores de risco incluindo multiplicidade de parceiros, maior risco de acidente com necessidade de transfusão, partilha de lâminas de barbear etc.^{27,28}

A frequência de 78,6% de HIV encontrada no sexo masculino nos nossos resultados foi menor a encontrada na Índia (97,4%)²⁹ contudo foi superior a encontrada na Etiópia (6%).²⁹

A análise multivariada revelou forte associação entre a mono-infecção pelo HBV os seguintes factores de risco: ser comerciante (25%), internamento por mais de 1 semana (20%) e uso de droga injectável (33,3%). O resultado difere com o que foi observado em presidiários que partilhavam lâminas e tinham tatuagem, na cidade de Maputo (16,7%) e Nacala (13,9%).²⁹

Entretanto estudos realizados em diferentes lugares evidenciaram uma forte associação entre o uso de drogas injectáveis e a positividade para o HBV com as seguintes frequências: Rio de Janeiro (55,8%)³⁰, São Paulo (55,6%)³¹,

Índia (39,5%)³², Tailândia (63%).³³

Não foi associado nenhum factor de risco em estudo à mono-infecção pelo HIV porque apesar de constituírem factores de risco apresentaram uma baixa intensidade de associação capaz de causar a infecção pelo HBV ou/e por HIV comparada as variáveis altamente susceptíveis.

Conclusão

Os resultados demonstram que a frequência de HBV (5%) e do HIV (5,8%) é intermédia alta e a co-infecção HBV/HIV é baixa (1,3%). Ainda os dados mostram que os factores de risco associados a mono-infecção por HBV são: profissão comerciante, internamento por mais de 1 semana e o uso de droga injectável. Porém não foi possível associar nenhum factor de risco em estudo à mono-infecção por HIV.

Agradecimento

Aos doadores de sangue que consentiram em participar voluntariamente neste estudo. Ao director do BS-HCM, aos enfermeiros Orlando Mahota (BS-HCM), Maria Maceda e Júlio Capesse (BS-HPXX) pelo seu empenho no recrutamento dos participantes do estudo.

Referências

1. Murray, et al., (2009). Prevalência de Hepatites B e C em pacientes infectados com retrovírus humanos na cidade de Salvador-Bahia. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Imunologia. Universidade Federal da Bahia.
2. Carey W.D (2009). The prevalence and natural history of hepatitis B in the 21st century. *Cleveland Clinic journal of medicine*; 76 Suppl 3:S2-5.
3. Ferreira, C. T., (2004), "Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção", 7 (4), 473 – 487.
4. Análise Comparativa de Protocolos de Terapia Medicamentosa em Pessoas Adultas Vivendo com HIV/AIDS. Universidade de Brasília.
5. WHO, (2004). Hepatitis B surface antigen assays: operational characteristics. (Phase I) Report.
6. Moreira, M. (2006), Prevalência de Hepatites B e C em pacientes infectados com retrovírus humanos na cidade de Salvador-Bahia. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Imunologia. Universidade Federal da Bahia.
7. Souza, M. G. et al. (2004). Co-infecção HIV e vírus da hepatite B : prevalência e fatores de risco, 37(5), 391–395.
8. Pimentel K. N. et al., (2010), Aspectos Moleculares da Infecção pelo Vírus da Hepatite B em Indivíduos Infectados Pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em Goiânia – Goiás. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP-UFG), CEP: 74605-050, Goiânia-Goiás-Brasil.
9. Peréz O. et al., (1989), Prevalence of HbsAg in blood donors and patients at the central hospital of Maputo, Mozambique 1985. *Revista Cubana de Medicina Tropical*.
10. Baltazar C. S. (2014), Alta prevalência de HIV, HBV e HCV e riscos comportamentais em pessoas que injectam droga: resultados do primeiro inquérito biológico e comportamental. INS.
11. Uetela D. M. (2015), Estudo sobre prevalência do antígeno de superfície do vírus da hepatite B e factores de risco associados a sua transmissão em mulheres em idade fértil na cidade de Maputo.
12. Semá C. A., (2011), Estudo dos Aspectos Seroepidemiológicos e Imunológicos da Infecção pelo Vírus da Hepatite B (HBV) em Pacientes Infectados pelo Vírus do HIV no Centro de Saúde do Alto-Maé , Maputo. Pós-Graduação em Biologia Celular e Molecular.
13. Baptista A. A., (2001), Avaliação da Prevalência da HBV nos doadores de sangue do Hospital Central de Maputo e Hospital Geral José Macamo. Trabalho de Licenciatura. Departamento de Ciências Biológicas, UEM, Maputo.
14. Augusto A. R. et al., (2012), Seroprevalência do vírus de hepatite B em presidiários HIV positivos em Moçambique. INS.
15. Valente V.B. et al., (2005), Marcadores sorológicos das hepatites B e C

- em doadores de sangue do Hemocentro de Ribeirão Preto, SP.
16. OTT, J. J. (2012), Global epidemiology of hepatitis B virus infection: New estimates of age -specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine*, v. 30, n. 12, p. 2212 -2219.
17. Gonçalves J. C. (2008), Análise Comparativa de Protocolos de Terapia Medicamentosa em Pessoas Adultas Vivendo com HIV/AIDS. Universidade de Brasília.
18. Araújo et al., (2012), Prevalência da hepatite B em usuários do laboratório central do piauí prevalence of hepatitis b in users of piauí central laboratory prevalencia de la hepatitis b en usuarios del laboratorio central de piauí.
19. Baião et al., (2008), Prevalência das hepatites b e c em doadores de sangue e da hepatite b em gestantes no kuito, Biê, Angola. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Medicina Tropical do Instituto Oswaldo Cruz.
20. Correia et al., (2010), Marcadores do vírus da hepatite B em candidatos à doação de sangue no Estado do Maranhão.
21. WHO (2009), Weekly epidemiology record. Contract No. 40.
22. Mehmet, D. et al., (2004), Prevalence of hepatitis B infection in the Southeastern region of Turkey: Comparison of risk factors for HBV infection in rural and urban areas. *Japanese Journal of Infectious Diseases*, 58: 15-19.
23. Makroo R.N. et al., (2011), Prevalence of HIV among blood donors in a tertiary care centre of north India. *Indian J Med*.
24. Fontanet A.L., et al. Age- and sex-specific HIV-1 prevalence in the urban community setting of Addis Ababa, Ethiopia.
25. Assis et al., (2004), Prevalência de marcadores do Vírus da hepatite B em crianças de 3 a 9 anos em um município da Amazônia Brasileira. *Revista Panamericana de Saúde Publica* 15: 26-34.
26. Rodriguez-mendez, M.L. et al. (2000), Prevalence, patterns, and course of past hepatitis B virus infection in intravenous drug users with HIV-1. *American Journal of Gastroenterology*, 95: 1316-1322.
27. Sud. A. et al., (2001), Hepatitis B virus co-infection in HIV infected patients. *Tropical Gastroenterology*, 22: 90-92.
28. Lao T.T. et al., (2014), Age-specific prevalence of hepatitis B virus infection in young pregnant women, Hong Kong Special Administrative Region of China.
29. Luci, C. et al., (2001), “Perfil seroepidemiológico da infecção pelo vírus da hepatite B em profissionais das unidades de hemodiálise de Goiânia-Goiás” , *Brasil Central*, 34(6), 543–548.
30. Lewis-ximenez, L.L. et al., (2002), Risk factors for hepatitis B virus infection in Rio de Janeiro, Brazil. *BMC Public Health*, 2:26.
31. Szwarcwald, C.L. et al., (2005), Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos. *Boletim Epidemiológico*, 1: 18-24.
32. Makroo, R.N. et al., (2011), Prevalence of HIV among blood donors in a tertiary care centre of north India. *Indian J Med*.
33. Oliveira, M.L.A. et al., (1999), Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 32: 1107-1114.
34. https://www.unimuenster.de/imperia/md/content/ziv/service/software/spss/handbuecher/englisch/spss_brief_guide_16.0.pdf
Gam Zimbabwe Country Report Reporting Period: January 2017 - December 2017

Prevalência de Parasitoses Intestinais em Crianças nas Escolas Primárias da Província de Sofala, Moçambique

Idalécia Cossa Moiane, Acácio Sabonete, Gerito Augusto, Verónica Casmo, Rassul Nalá

Instituto Nacional de Saúde, Laboratório de Parasitologia Molecular

Autor para correspondência: Idalécia C. Moiane, Instituto Nacional de Saúde, C.P. 264, E, Moçambique

Contacto: +25821311038 | Correio electrónico: idaleciacossa@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: O complexo de infecções intestinais parasitárias é causado por organismos que podem ser biologicamente classificados em protozoários ou helmintos. Os parasitas constituem o maior grupo de organismos responsável por infecções em humanos. A província de Sofala localiza-se na região centro de Moçambique e está dividida em 13 distritos (incluindo a Cidade da Beira). O presente estudo foi realizado com o objectivo de determinar a prevalência de parasitoses intestinais nas escolas primárias dos distritos da província de Sofala.

Métodos: O estudo decorreu de Agosto de 2005 a Junho de 2007 em escolas primárias dos distritos da província de Sofala. Tratou-se de um estudo transversal, de amostragem multietápica que teve como alvo crianças em idade escolar. Foram colhidas amostras de fezes e estas foram processadas por técnicas de Ritchie e Kato-Katz. O estudo foi aprovado pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde de Moçambique e todos os princípios éticos foram seguidos. Os dados foram analisados utilizando o pacote estatístico SPSS na sua versão 15.0 e o software Microsoft Office Excel 2007.

Resultados: Foram envolvidos um total de 5.748 alunos. A prevalência global de parasitoses ao nível da província foi de 34,4%. O distrito de Muanza foi a mais prevalente com 59,4% e o distrito de Dondo a menos prevalente com 14,1%. As espécies *Entamoeba coli* (23,6%), *T. trichiura* (16,0%), *A. duodenale* (14,0%) e *A. lumbricoides* (12,7%) foram as mais prevalentes. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação a idade e o nível de escolaridade e à prevalência de parasitas intestinais ($p < 0,001$).

Discussão e Conclusões: A prevalência de parasitoses intestinais em crianças nas escolas primárias da província de Sofala foi elevada. A presença *Entamoeba coli* é um indicativo epidemiológico de ocorrência de contaminação fecal. Há necessidade de se realizar estudos mais detalhados considerando as características e disposições ambientais onde elas vivem.

Palavras-chave: Prevalência, parasitoses intestinais, escola primária, província de Sofala.

Intestinal Parasites in Children's of Primary School in Sofala Province, Mozambique

Abstract

Introduction: The complexes of intestinal parasitic infections are caused by microbial, biologically classified as protozoa or helminthes. These parasites are known as the largest group of organisms that cause infections to human beings. Sofala province is located in the central region of Mozambique and it is divided into 13 districts (including the Beira City). The aim of the study was to determine the prevalence of intestinal parasites in primary schools of Sofala districts.

Methods: The study started in August 2005 and finished in June 2007. It included primary schools of all 13 districts of Sofala province. This was a cross-sectional study, with multistage sampling focus in schoolchildren. Stool samples were collected and processed using Ritchie and Kato-Katz techniques. National Bioethics Committee for Health of Mozambique approved the study and its code of ethics was fully respected. Data were analyzed on the basis of SPSS version 15 and software Microsoft Office Excel 2007.

Results: A total of 5.693 schoolchildren were tested. The global prevalence in the province was 34,4%. Muanza district registered the highest prevalence with 59,4% and the lowest was 14,1% in Dondo. *Entamoeba coli* (23,6%), *T. trichiura* (16,0%), *A. duodenale* (14,0%) e *A. lumbricoides* (12,7%) were the most prevalent species. Statistically significant differences were found between age, level of education and the presence of intestinal parasites ($p < 0,001$).

Discussion and Conclusions: The prevalence of intestinal parasites in children from primary schools in Sofala province was high. The presence of *Entamoeba coli* is an epidemiologic marker of fecal environment contamination. Further detailed studies are needed, particularly studies taking into account the environment where those children live.

Keywords: Prevalence, intestinal parasites, primary school, Sofala province.

Introdução

As infecções parasitárias são causadas por parasitas e constituem um grande problema de Saúde Pública, afectando populações que vivem nas regiões tropicais e subtropicais, sobretudo em países em desenvolvimento¹⁻³. De um modo geral, os parasitas intestinais são considerados como um dos maiores grupos de organismos responsáveis por infecções em seres humanos^{3,4}. Estão envolvidos neste complexo de infecções parasitárias intestinais dois grupos, os protozoários e helmintos, assim classificados de acordo com a sua organização celular^{3,4}.

Os protozoários intestinais mais frequentes são *Giardia intestinalis*, *Entamoeba histolytica*, *Cyclospora cayetanensis* e *Cryptosporidium* spp., sendo as duas primeiras espécies as mais comuns.⁵ A espécie *E. histolytica* provoca a amebíase e é responsável por mais de 100.000 mortes por ano a nível mundial.⁶ Estima-se que cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo estejam infectadas por *G. intestinalis*, e que cada uma destas elimina mais de 900 milhões de quistos por dia.^{5,6} Embora os helmintos intestinais sejam comumente apontados como estando envolvidos no retardo do crescimento físico e também no atraso mental, anemia, estado nutricional do hospedeiro entre outros problemas, raramente provocam a morte.⁷ Os helmintos transmitidos pelo solo (geohelmintos) são responsáveis por elevadas taxas de morbilidade sobretudo em crianças, sendo apontadas as espécies

Ascaris lumbricoides, *Necator americanus* e *Ancylostoma duodenale* (ancilostomídeos), *Strongyloides stercoralis* e *Trichuris trichiura* como as principais.^{8,9} Estima-se em mais de um bilhão de indivíduos infectados por *A. lumbricoides*, 795 milhões por *T. trichiura* e 740 milhões por ancilostomídeos.⁷

Segundo a OMS, cerca de 876 milhões de crianças a nível mundial precisam de tratamento para infecções causadas por geohelmintos. Em Moçambique, foi realizado um estudo de base hospitalar no distrito da Manhica. Para esse estudo, foram recrutadas 529 crianças menores de cinco anos com diarreia. No grupo das crianças com idade superior a 12 meses, a frequência de *A. lumbricoides* foi de 92% e a de *S. stercoralis* foi de 100%.¹⁰ Por sua vez, dados do inquérito epidemiológico nacional em que foram envolvidos crianças em idade escolar registou uma prevalência de 53.5% para geohelmintos.¹¹

A contaminação por ancilostomídeos e *S. stercoralis* é por penetração activa da larva infectante e os demais incluindo os protozoários a transmissão é fecal-oral.^{5,12} Alguns factores como o crescimento desordenado das cidades, a baixa qualidade das condições de vida e higiene das comunidades (como, por exemplo, acesso a água potável, tratamento de esgotos e do lixo), os desastres naturais,

os hábitos e costumes (urinar e defecar na rua, venda de alimentos e exposição dos mesmos na rua, entre outros casos), bem como o nível de instrução das populações podem contribuir para a disseminação dessas infecções parasitárias^{13,14}.

A província de Sofala localiza-se na região centro de Moçambique e está dividida em 13 distritos, incluindo a Cidade da Beira, sua capital.^{15,16} Segundo o portal do governo da província, esta tem uma área de 68.018 km². De acordo com os dados do último censo populacional de 2007, 70% da população do País reside nas áreas rurais e a província de Sofala alberga um total de 1.685.700 habitantes. A província apresenta uma densidade populacional aproximada à média correspondente a 24,8% de habitantes por quilómetro quadrado.¹⁷

Dada a importância que as infecções intestinais parasitárias têm a nível da Saúde Pública, o presente estudo foi realizado com o objectivo de determinar a prevalência de parasitoses intestinais nas escolas primárias dos distritos da província de Sofala.

Métodos

População e área de estudo

A população de estudo foi constituída por crianças em idade escolar da província de Sofala. O estudo decorreu de Agosto de 2005 a Junho de 2007, em escolas primárias, nos 13 distritos da província. As escolas estão integradas ao nível da Zona de Influência Pedagógica (ZIP), a qual congrega, em média, 8 escolas. Os alunos frequentavam escolas do nível primário do 1º grau que compreende a 1ª à 5ª classe e do 2º grau de que fazem parte a 6ª e 7ª classes.

Amostragem

Em cada distrito, seleccionou-se aleatoriamente uma ZIP, igualmente uma escola primária para cada nível e posteriormente uma turma. De seguida, seleccionou-se, de forma aleatória, 50% dos alunos existentes usando uma tabela de números aleatórios e considerando o rácio do sexo.

Colheita das Amostras

Cada aluno recebeu um frasco de plástico com tampa devidamente identificado por um código, para a recolha de amostra de fezes. As crianças foram orientadas sobre como deveriam proceder a sua recolha. A amostra colhida deveria ser entregue no mesmo dia da eliminação na quantidade mínima de uma colher de chá (equivalente a 10 gramas). As amostras foram transportadas para os laboratórios das Unidades Sanitárias para o respectivo processamento e identificação dos parasitas. O processamento das amostras foi feito com recurso às técnicas parasitológicas, método de concentração de Ritchie, Willis e Kato-Katz.

Considerações éticas

Para o envolvimento dos alunos contactou-se as direcções das escolas e os professores. O consentimento informado foi escrito e obtido através dos pais e encarregados de educação das crianças com idade inferior a 18 anos. Os alunos com idade superior a 18 anos deram o seu próprio consentimento. Os alunos diagnosticados como positivos em qualquer parasita, foram encaminhados às unidades sanitárias mais próximas da área de residência para efeitos de tratamento. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde de Moçambique e todos os princípios éticos recomendados foram respeitados.

Análise de Dados

Os dados foram analisados utilizando o pacote estatístico SPSS (Pacote Estatístico Para as Ciências Sociais) na sua versão 15.0 e o software Microsoft Office Excel 2007 para a geração de tabelas e gráficos. Foi determinado o chi-quadrado ao nível de significância de 95%.

Resultados

A prevalência global da província para as parasitoses intestinais foi de 34,4% (1.979/5.693); [IC 95% (32.3 - 36.5)]. O distrito de Muanza foi a mais prevalente com 59,4% (197/ 5.693), seguindo-se os distritos de Marromeu e Búzi com 44,5% (398/ 5.693) e 44,3% (603/ 5.693) respectivamente (Figura 1).

O distrito de Dondo foi a menos prevalente com 14,1% (419/ 5.693), seguindo-se a cidade da Beira com 21,3% (775/ 5.693). Foram recrutados um total de 5.693 alunos, dos 1.003 rapazes e 976 raparigas. A idade média foi de $10,95 \pm 2,24$ e variou de 7 a 20 anos.

Ao nível dos distritos, as mínimas prevalências variaram de 5,3% no distrito de Dondo a 50,5% no distrito de Muanza. As máximas variaram de 22,9% no distrito de Dondo a 68,3% no distrito de Muanza (Tabela 1).

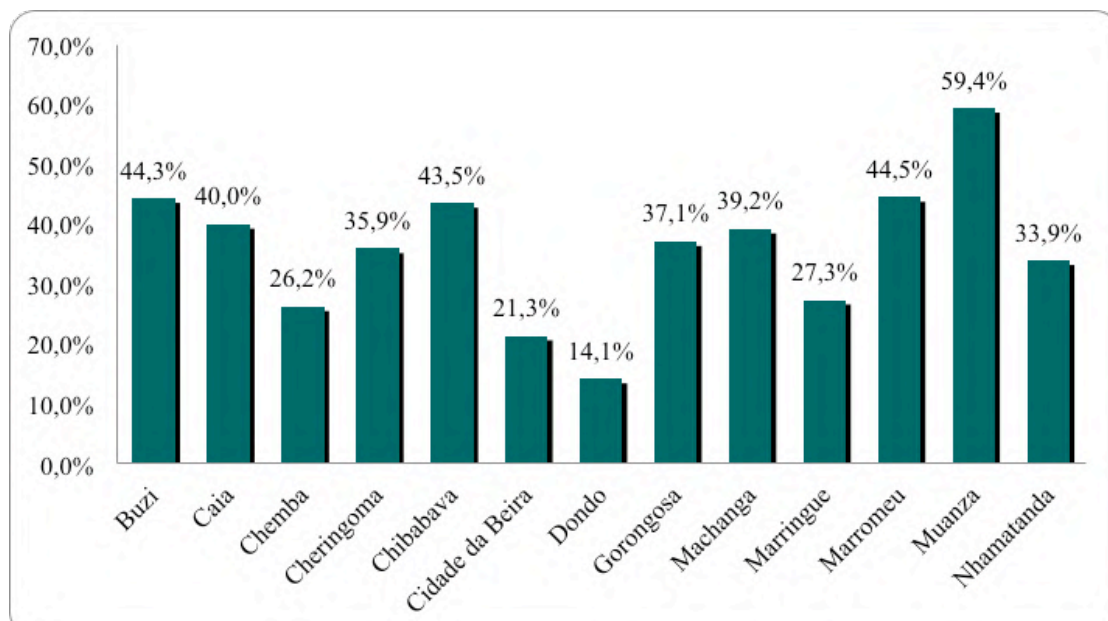


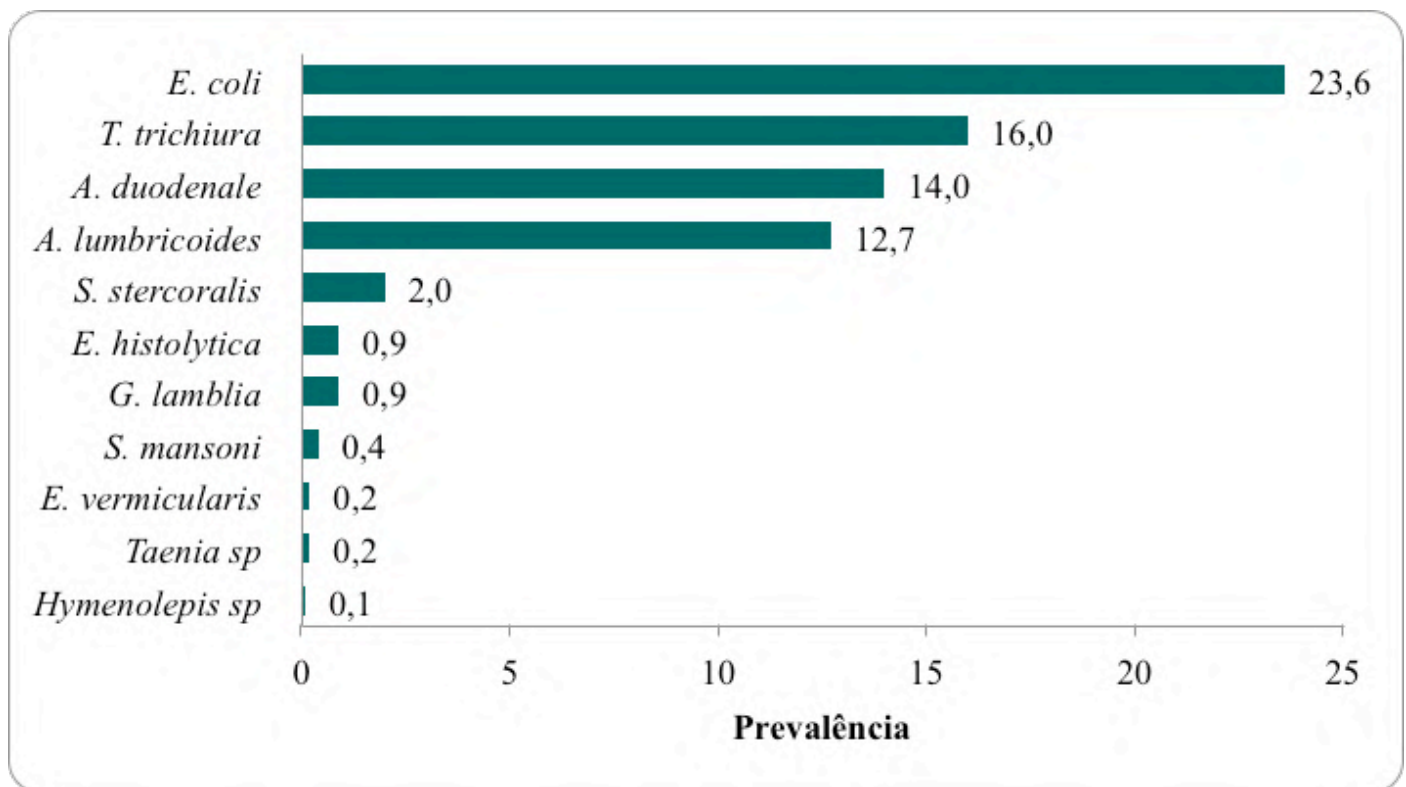
Figura 1: Prevalência de parasitoses intestinais em crianças em idade escolar na província de Sofala no ano 2009.

Tabela 1: Prevalência de parasitoses intestinais em crianças em idade escolar nos Distritos da Província de Sofala no ano 2009.

Distrito	Nº de Escolas	Nº de Alunos	%	Prevalência	
				Mínima	Máxima
Chemba	7	409	26.2	17.7	34.7
Caia	7	460	40.0	32.9	47.1
Cheringoma	4	210	35.9	25.0	46.8
Machanga	5	357	39.2	31.1	47.3
Maringue	7	406	27.3	19.0	35.6
Gorongosa	9	592	37.1	30.7	43.5
Muanza	4	197	59.4	50.5	68.3
Marromeu	7	398	44.5	37.2	51.8
Cidade da Beira	15	775	21.3	15.1	27.5
Dondo	8	419	14.1	5.3	22.9
Nhamatanda	7	382	33.9	25.8	42.0
Búzi	10	603	44.3	38.3	50.3
Chibabava	9	485	43.5	37.0	50.0
Total geral	99	5,693	34.4	32.3	36.5

A prevalência das parasitoses foi obtida pela detecção das formas parasitárias através da microscopia. Deste modo, as espécies *Entamoeba coli* (23,6%), *T. trichiura*

(16,0%), *A. duodenale* (14,0%) e *A. lumbricoides* (12,7%) foram as mais prevalentes em todos distritos da província de Sofala (Figura 2).

**Figura 2:** Parasitas intestinais prevalecentes em crianças em idade escolar na Província de Sofala no ano 2009.

As crianças pertencentes à faixa etária aos indivíduos maiores de 14 anos de idade foi a mais afectada com uma prevalência de 41,6% (138/5.693) e a menos afectada foi a de menores de 10 anos com 28,7% (466/5.693)

Foram seleccionadas um total de 99 escolas em toda a província, sendo 67 da EP1, 2 da EP2 e 30 da EPC. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a faixa etária e nível de escolaridade e a ocorrência de parasitoses intestinais ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2: Prevalência de parasitoses intestinais em crianças em idade escolar por faixa etária, sexo e nível de escolaridade na Província de Sofala no ano 2009.

Discussão

A prevalência de parasitoses intestinais na província de Sofala em crianças em idade escolar, variou de 14,1% à

10 e os 14 anos foram as mais afectadas, e este resultado vai de acordo com alguns estudos realizados em alguns países, como por exemplo na Argentina, Índia e Etiópia.
20, 21, 22

O aumento de indivíduos infectados nesta faixa etária pode estar relacionado com o facto de estarem mais livres de cuidados maternos e assim sendo estão mais expostos.⁷ Por outro lado, esta análise deve ser feita com alguma ponderação pois o tamanho da amostra observado nos diferentes grupos etários é muito diferente.

Curiosamente, as crianças do 2º grau do nível primário foram as mais afectadas em relação às crianças um nível mais abaixo. Este facto pode estar relacionado com a idade das crianças que estão a frequentar este nível, sendo na maior parte dos 10 aos 14 anos. Conforme pode-se observar no presente estudo, a ocorrência de parasitoses

N = 5693	Nº de alunos	Prevalência	Nível de Significância
Faixa Etária			
<10 anos	466	28.7%	p < 0,001
10-14anos	1375	36.3%	
>14 anos	138	41.6%	
Sexo			
Feminino	976	33.8%	p = 0,328
Masculino	1003	35.0%	
Nível de escolaridade			
Primário do 1º grau	1745	33.7%	p <0,001
Primário do 2º grau	234	41.3%	

59,4% ao nível dos distritos.

As parasitoses intestinais constituem um problema de saúde pública na província de Sofala, com pouca mais de 30% das crianças em idade escolar infectadas. Esta percentagem é importante para o controlo e prevenção das parasitoses¹⁸. Por outro lado, observou-se que a distribuição geográfica das parasitoses parece não apresentar um padrão regular o que demonstra que existem factores ambientais e humanos peculiares que podem estar a influenciar ocorrência e distribuição das mesmas. A dinâmica das parasitoses tem sido amplamente estudada, sendo apontados como factores importantes para a ocorrência das mesmas as condições de higiene e saneamento, os hábitos individuais e colectivos, a situação sócio-económica das comunidades entre outros.¹⁹ A faixa etária e o nível escolaridade parecem constituir factores importantes para a ocorrência de parasitoses intestinais. As crianças com idade compreendidas entre os

tende a aumentar ligeiramente com o aumento da idade, este resultado está em concordância com o estudo realizado a nível nacional por Augusto *et al.* (2008).

O estudo teve algumas limitações, destacando-se o facto de não ter sido possível relacionar as características ambientais e aspectos sócio-demográficos como por exemplo o nível de escolaridade dos pais e/ou cuidadores, tipo de habitação, número de agregado familiar entre outros com a ocorrência de parasitoses intestinais nas crianças em idade escolar da província de Sofala.

Conclusão

A prevalência de parasitoses intestinais em crianças nas escolas primárias da província de Sofala foi elevada. A presença *Entamoeba coli* é um indicativo epidemiológico de ocorrência de contaminação fecal do meio que as crianças frequentam. Há necessidade de realizar estudos

mais detalhados considerando as características e disposições ambientais onde as crianças vivem, para que estes estudos possam contribuir para a actualização das políticas de educação sanitária das comunidades.

Agradecimentos

Os autores agradecem a todos os alunos envolvidos no estudo e à direcção das escolas pelo apoio. Agradecem, ainda, aos técnicos Francisco Matavele, Carlos Muchanga, Fernando Chirindzane, Benedito Muianga, Josina Mate e Suzana Sumbane pela assistência na colheita dos dados. Dedicam este estudo à memória dos colegas Olímpio Balão e Inácio Auze.

Referências

- Chiodini P, Moody A, Manser DW. Atlas of Medical Helminthology and Protozoology Londres: Elsevier Science; 2001.
- Haque R. Human Intestinal Parasites. J Healyh Popul Nutr. 2007;25(4):387-91.
- Davis A, Haque R, Petri W. Update on protozoan parasites of the intestine. Current Opinion in Gastroenterology. 2002;18:10-4.
- Organization WH. World Health Organization/Pan American Health Organization/UNESCO report of a consultation of experts on amoebiasis. Weekly epidemiological record WHO. 1997;72:97-9.
- de Silva NR, Brooker S, Hotez PJ, Montresor A, Engels D, Savioli L. Soil-transmitted helminth infections: updating the global picture. Trends Parasitol. 2003 Dec;19(12):547-51. PubMed PMID: 14642761. Epub 2003/12/03. eng.
- Tiago PV, Costa Md, Perassolo V, Souza EMd, Gomes M. Prevalência de Parasitoses Intestinais em Pacientes da Unidade Mista de Saúde em Tangará da Serra, Mato Grosso, Brazil. Revista de Ciências Agro-Ambientais, Alta Floresta. 2005;3:117-24.
- Rey L. Bases da Parasitologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010.
- Mandomando IM, Macete EV, Ruiz J, Sanz S, Abacassamo F, Valles X, et al. Etiology of diarrhea in children younger than 5 years of age admitted in a rural hospital of southern Mozambique. Am J Trop Med Hyg. 2007 Mar;76(3):522-7. PubMed PMID: 17360878. Epub 2007/03/16. eng.
- Augusto G, Nala R, Casmo V, Sabonete A, Mapaco L, Monteiro J. Geographic distribution and prevalence of schistosomiasis and soil-transmitted helminths among schoolchildren in Mozambique. Am J Trop Med Hyg. 2009 Nov;81(5):799-803. PubMed PMID: 19861614. Epub 2009/10/29. eng.
- Sanchez AL, Gabrie JA, Usuanlele MT, Rueda MM, Canales M, Gyorkos TW. Soil-transmitted helminth infections and nutritional status in school-age children from rural communities in Honduras. PLoS Negl Trop Dis.7(8):e2378. PubMed PMID: 23951385. Pubmed Central PMCID: 3738480. Epub 2013/08/21. eng.
- Savioli L, Albonico M. Soil-transmitted helminthiasis. Nat Rev Microbiol. 2004 Aug;2(8):618-9. PubMed PMID: 15303271. Epub 2004/08/12. eng.
- Cappello M. Global health impact of soil-transmitted nematodes. Pediatr Infect Dis J. 2004 Jul;23(7):663-4. PubMed PMID: 15247606. Epub 2004/07/13. eng.
- Recursos Hídricos de Moçambique. Ministério das Obras Públicas e Habitação
- Direcção Nacional de Águas ed. Moçambique: Cooperação Portugal-Moçambique; 1999.
- Sofala GdPd. [cited 2013 18 de Dezembro]. Available from: <http://www.sofala.gov.mz/sofala>
- Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística, ICF International/MEASURE DHS program. Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Maputo: Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI; 2013.
- Tsuyuoka R, Bailey JW, Nery Guimaraes AM, Gurgel RQ, Cuevas LE. Anemia and intestinal parasitic infections in primary school students in Aracaju, Sergipe, Brazil. Cad Saude Publica. 1999 Apr-Jun;15(2):413-21. PubMed PMID: 10409794. Epub 1999/07/20. eng.
- WHO-World Health Organization. Soil-transmitted helminth infections. Geneva: WHO, 2014 April 2014. Report No.: Contract No.: 366
- Belo VS, de Oliveira RB, Fernandes PC, Nascimento BW, Fernandes FV, Castro CL, dos Santos WB, da Silva ES. Fatores associados à ocorrência de parasitoses intestinais em uma população de crianças e adolescente. Rev Paul Pediatr. 2012; 30(2): 195-201.
- Nguyena NL, Gelayea B, Abosetb N, Kumiec A, Williamsa MA, Berhane Y (2012) Intestinal parasitic infection and nutritional status among school children in Angolela, Ethiopia. J Prev Med Hyg 53: 157-164.
- Gamboa MI, Basualdo JA, Kozubsky L, Costas RE, Lahitte HB. Prevalence of intestinal parasitosis within three population groups in La Plata, Argentina. Eur J Epidemiol. 1998;14:55.
- Rayan P, Verghese S, McDonnell PA. Geographical location and age affects the incidence of parasitic infestations in school children. Indian J Pathol Microbiol 2010;53:498-502.

Percepções sobre a divulgação da imagem institucional do Instituto Nacional de Saúde, 2015-2017

Aurora Ferrão, José Braz Chidassicua, Jacinto Nhancale, Sónia Enosse

Instituto Nacional de Saúde, Moçambique

Autora para Correspondência: Aurora Ferrão- Departamento de Ensino Informação e Comunicação/ Escola Superior de Jornalismo. Contacto: 844667887| Correio-electrónico: auroradapaz94@gmail.com

Resumo

Introdução: Imagem institucional ou corporativa é a imagem mental que um indivíduo ou grupo de pessoas têm, que acompanha a menção do nome da instituição. Essa imagem é continuamente modificada de acordo com as circunstâncias da instituição, cobertura da mídia, desempenho, pronunciamentos, entre outros elementos.

Objetivo: Descrever a percepção dos profissionais do Instituto Nacional de Saúde (INS) e do público externo em relação a divulgação da imagem institucional do Instituto Nacional de Saúde.

Metodos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória na qual foi avaliada a percepção dos participantes de estudo (funcionários do INS e público externo) em relação a temática em estudo. A recolha de dados foi por meio do roteiro de entrevista semi-estruturada, realizadas entre os meses de Julho a Agosto de 2016, num universo de 22 participantes. Os resultados do presente estudo, foram analisados pela técnica de análise de conteúdo.

Resultados: A maior parte dos participantes mencionou que existe um conhecimento incipiente por parte dos funcionários do INS sobre a importância da divulgação da imagem institucional, além disso os meios de comunicação que o INS tem usado para se comunicar com o público externo, não tem sido potencialmente explorado, existindo ainda muita produção técnica e científica que não é divulgada.

Conclusão: Concluímos que o INS precisa apostar mais na divulgação da sua imagem e nas principais áreas de intervenção de modo a garantir maior visibilidade, particularmente a nível externo. Para o efeito, deverá elaborar uma estratégia específica de comunicação e apostar mais no marketing digital.

Palavras-chave: imagem, imagem institucional e comunicação.

Perceptions about the dissemination of the institutional image of the National Institute of Health, 2015-2017

Abstract

Introduction: Institutional or corporate image is the mental image that an individual or group of people have, accompanying mention of the name of the institution, this image is continuously modified according to institution circumstances, media coverage, performance, pronouncements, among others elements.

Objective: To describe the perception of the professionals of the National Health Institute (INS) and the external public regarding the dissemination of the institutional image of the National Health Institute.

Methods: This is an exploratory qualitative research in which the perception of the study participants (INS staff and external public) was evaluated in relation to the subject under study. Data collection was done through a semi-structured interview, conducted between July and August of 2016, in a universe of 22 participants. The results of the present study were analyzed by the technique of content analysis.

Results: Most of the participants mentioned that there is an incipient knowledge on the part of INS staff about the importance of disclosure of the institutional image, in addition to the means of communication that the INS has used to communicate with the external public, has not been potentially exploited, and there is still much technical and scientific production that is not disclosed.

Conclusion: We conclude that the INS needs to bet more on the dissemination of its image and in the main areas of intervention in order to guarantee greater visibility, particularly externally. To this end, it should develop a specific communication strategy and focus more on digital marketing.

Keywords: image, institutional image and communication.

Introdução

O Instituto Nacional de Saúde é uma instituição vocacionada à geração de informação técnico-científica na área da Saúde em Moçambique, para que as decisões no Sector da Saúde no país sejam cada vez mais baseadas em evidências¹.

Embora seja uma instituição com mais de 40 anos de existência, somente em 2010 foi criado o Departamento de Ensino Informação e Comunicação (DEIC), que desde então tem dinamizado todas as acções de comunicação interna e externa da instituição.

Durante o trabalho desenvolvido pelo DEIC após a sua criação, constatou-se que havia a necessidade de se efectuar um estudo exploratório para compreender a percepção do público interno e externo em relação a imagem institucional do INS.

Segundo Souza¹², imagem institucional ou corporativa é a imagem mental que um indivíduo tem e acompanha a menção do nome da empresa. É uma impressão psicológica que continuamente se modifica com as circunstâncias da empresa, cobertura da mídia, desempenho, pronunciamentos, etc. Para ela é importante zelar pela boa imagem institucional da organização sendo esta a maior riqueza que uma organização pode possuir, porque esta é o reflexo de todas estratégias de uma organização.

Este artigo aborda as percepções dos participantes de pesquisa em relação a

divulgação da imagem institucional do INS, fazendo uma articulação das actividades já desenvolvidas pelo INS através das abordagens desenvolvidas pela literatura e opiniões dos participantes seleccionados para o estudo.

Métodos

Neste estudo, seguiu-se uma abordagem metodológica de natureza qualitativa exploratória, na qual procurou-se obter maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa em perspectiva, com vista a buscar maiores informações sobre o assunto investigado.

A recolha de dados foi realizada durante os meses de Julho a Agosto de 2016 no INS. Os participantes foram escolhidos por conveniência. E através do critério de saturação de dados foram entrevistados 22 funcionários, sendo 14 do INS, 5 jornalistas e 3 ex-funcionários.

Um dos critérios para a escolha dos funcionários do INS era ter mais de 6 anos a trabalhar na instituição e ter conhecimento da área de comunicação. Para o público externo privilegiou-se os jornalistas que tem tido contacto com o INS e ex-funcionários.

A colecta de dados iniciou após os participantes do estudo terem sido informados da importância e objectivo da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI). Utilizou-se a entrevista semiestruturada como técnica para captação dos dados e as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra após a anuência dos participantes do estudo usando um aparelho MP4 como instrumento. Um guião de entrevista foi elaborado contendo as questões chaves e temas relativos ao objecto de pesquisa. O referido instrumento contemplou dados sociodemográficos para os participantes e estes tiveram a oportunidade de discorrer sobre o tema, abordando aspectos como a imagem institucional da instituição e importância da comunicação interna e externa.

Para análise de dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin³. Para fins de compreensão e preservação do sigilo da identidade dos participantes do estudo foram identificados pelas letras “ET” acrescidas pelo número sequencial das entrevistas.

Características	Frequência (n)	Percentagem (%)
Idade		
25-29	3	13.6
30-34	4	18.2
35-39	7	31.8
≥40	8	36.4
Sexo		
F	8	36.4
M	14	63.6
Estado civil		
Casado/União marital	15	68.2
Divorciado/viúvo	2	9.1
Solteiro	5	22.7
Nível de escolaridade		
Doutorado	6	27.3
Licenciado	6	27.3
Médio	2	9.1
Mestre	8	36.4
Total	22	100.0

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comité institucional de bioética em saúde do INS, sob Ref 004/CIBS-INS/2016. Toda informação obtida durante o estudo foi manuseada de modo confidencial e armazenada em local seguro com acesso apenas da pesquisadora responsável pelo estudo. Referir que não houve nenhum conflito de interesse declarado.

Tratando-se de questões de extrema importância para o crescimento de uma organização houve a necessidade de se perguntar aos participantes do estudo como é que o INS devia se comunicar com o seu público-alvo. O estudo também procurou saber a percepção dos participantes em relação a importância do INS para a sociedade.

Resultados

Em relação aos dados sociodemográficos dos participantes do estudo, evidenciou-se que a maior parte dos participantes tinham idade igual ou superior a 40 anos (36.4%), sendo a média de idade 37 anos. Na sua maioria do sexo masculino (63.6%), sendo que a maior parte (36.4%) possuía o nível de mestrado.

O tempo de trabalho no INS dos entrevistados variou de 05 a 36 anos, sendo a média de 12 anos. Na altura das entrevistas todos participantes estavam em exercício das suas funções, ou seja, estavam a trabalhar.

Percepção dos participantes

a) Sobre a Imagem do INS

Imagem é a soma das crenças, sensações e impressões que uma pessoa ou grupo de pessoas têm de um objecto, de uma pessoa, de um lugar, de uma marca de uma organização, de um produto ou de serviço⁴

Resultados do estudo demonstram que a maior parte dos participantes do estudo conhecem a sigla e o símbolo do Instituto Nacional de Saúde que são componentes estruturais de uma organização.

“Bom, é uma coisa sintetizada de azul e vermelho nem, INS é Instituto Nacional de Saúde (ent. 011)”

“INS é instituto nacional de saúde, é uma instituição tutelada pelo ministério da saúde do governo cuja intervenção é gerar evidências científicas para formar um conhecimento para questão dos principais problemas de saúde pública no país (ent. 013).”

b) Sobre a Importância da Comunicação interna e externa do INS

Comunicação interna

Os participantes do estudo destacam a comunicação como um factor de extrema importância para a difusão das actividades do dia-a-dia da organização. Segundo eles a comunicação constitui um factor dinamizador e catalisador para realização de qualquer actividade. Eis o extracto de fala de um dos participantes:

“(...) Bom eu acho que é uma área muito nova, área de comunicação no no instituto é uma área muito nova (...) mais o que eu posso dizer nesta fase inicial é que é um projecto novo, esta vertente de comunicação no instituto precisa de se consolidar por ser novo precisa de ser consolidado um mais eu acho que é possível porque muita e um dos

aspectos que a comunicação precisa é de matéria-prima, a muita matéria-prima que é a publicação eles publicam tem muitas actividades, a uma série particularmente a série de actividades que vocês desenvolvem lá e que acho que deviam ser publicados, publicitados, você quase semanalmente tem, tem palestras e aulas com especialistas nacionais e internacionais, mas isto não tem muita visibilidade a vezes que nem tem muita aderência, comunicação (...) (ent. 003)”

Todos participantes do estudo demonstraram ter noção da importância da comunicação interna para uma instituição como o INS. Segundo eles a comunicação interna é importante para a fluidez da informação dentro da organização, para a tradução dos resultados das pesquisas feitas no INS de uma linguagem técnica para outra mais simples e acessível ao público e para o desenho de políticas de informação da organização. Esta questão corrobora com os achados de Welch⁵. segundo ele a comunicação é fundamental numa organização porque cada pessoa de uma organização tem um papel a desempenhar na comunicação interna. E esta comunicação não dever ser vista apenas como obrigação dos profissionais da área de comunicação, mas de todos os funcionários de uma organização.

c) Comunicação externa

Os participantes do estudo tiveram quase a mesma abordagem referindo que a comunicação devia ser mais proactiva com o público externo, particularmente com as comunidades onde o INS tem realizado pesquisa ou uma actividade de intervenção. Pois, as actividades do INS, particularmente a pesquisa e vigilância têm em vista a melhoria da saúde da população moçambicana. Eis o depoimento de um dos participantes:

“(...) Devia ser muito proactiva uma vez que há muitas investigações feitas (...) uma vez que o sector de comunicação funciona apenas quando é para divulgar inquéritos (...), então eu acho que há muita coisa que o INS produz que as pessoas não sabem (...) (ent. 005)”

As outras actividades ou eventos do INS poderiam ser divulgadas massivamente nas redes sociais tais como *whatsapp*, *youtube*, *twitter* e *facebook*. Tal como ilustram os relatos a seguir:

“Ham, eu acho que devia ser mais interactivo, tanto com os órgãos de comunicação assim como o público externo (...) e até podiam usar outras plataformas de comunicação, as redes sociais que funcionam, então podia ser mais funcional (ent. 020)”

“(…) Através de sensibilização comunitária, através de meios áudio visuais comunitário, através de programas televisivos, entrevistas, através de rádios comunitárias, através de boletins informativos, através de feiras de saúde, através de redes sociais (...) para diferentes grupos alvos com os quais nós trabalhamos através também de treinos e formações a profissionais de saúde (...) e o Instituto Nacional de Saúde de forma permanente e regular tem boletim informativo, tem uma página no facebook e tem Web site (ent. 008)”.

d) Divulgação da imagem do INS

Quando questionados sobre as actividades que mais se identificam com a imagem do INS, todos os participantes do estudo mencionaram pesquisa e a vigilância. De acordo com o plano estratégico do INS¹, além da pesquisa e vigilância, o INS tem actividades relacionadas a serviços de referência e plataformas tecnológicas. Eis o extracto de fala de um dos participantes do estudo:

“(…) actividades de pesquisa, as pessoas quando olham para o INS olham para uma instituição de pesquisa, mas na verdade muitos não sabem o que o INS faz (...) para mim a pesquisa de uma ou de outra maneira ela já está divulgada, a luta seria desenvolver ou divulgar mais as outras actividades que não aparecem mas uma das maneiras também a nível da pesquisa é divulgar mais resultados, porque muitas vezes quando nós só publicamos numa revista científica, mas é preciso traduzir essa publicação numa linguagem mais simples e acessível que qualquer um saiba dizer o INS publicou um novo artigo sobre isto (...) (ent. 003)”

Todos os participantes do estudo referiram que as actividades do INS podiam ser divulgadas para o seu exterior através do portal do instituto, apresentação em órgãos de comunicação social tais como televisão, rádio, ou, através de feiras de saúde, no acto de produção de relatório, brochuras e organização de palestras.

“Poderiam ser divulgadas para seu exterior de várias formas, através da página Web, o site do instituto, através de apresentação em órgãos próprios como televisão, rádio, através de feiras, no acto de produção de relatório e brochuras, essas são as principais formas e organização de palestras. (ent. 006)”

e) Meios de comunicação usados pelo INS

Actualmente os principais meios de comunicação existentes no INS são: facebook, twitter, site do INS, youtube, e-mail, boletim informativo e RMCS.

Em relação aos meios de comunicação do INS, a maior parte dos participantes não soube mencionar correctamente os meios de comunicação existentes no INS. Para eles os meios de comunicação que o INS usa são: o e-mail, o facebook, sessões científicas (dia aberto de pesquisa, CTC), jornadas científicas, conferências, seminários, e as reuniões. Entretanto, mais da metade dos participantes do estudo não mencionou correctamente todos os meios de

comunicação usados para divulgar a imagem do INS ao nível externo tal como aparece nas falas a seguir:

“Tenho informação através das sessões científicas, através das convocações mesmo de colegas e também tenho por ser parte de certa forma da direcção, na reunião de coordenação (...), e nos vários fóruns que esses resultados, que essas informações são divulgadas, internamente eu costumo participar então tenho acesso (ent. 012)”.

“Eu tenho tido acesso a informações do Instituto Nacional de Saúde na maior parte das vezes, por mesmo via e-mail (...) dias abertos de pesquisa, nas jornadas científicas e outros eventos, conferências, CTCs então nesses eventos eu consigo perceber o que é que esta a acontecer dentro do Instituto Nacional de Saúde, sem tirar também a própria Web nem, que passa alguma daquela informação, mas que não passa tudo que acontece no instituto. (ent. 014)”.

De acordo com a percepção dos participantes do estudo os meios de comunicação que o INS tem usado para divulgação da sua imagem institucional não tem contribuído muito para o efeito. Pouca gente tem o hábito de ler jornais, revistas, boletins informativos ou panfletos.

Sector de comunicação do INS

Em relação ao sector de comunicação do INS, a maior parte dos participantes não conseguiu caracterizar correctamente este sector, sendo este de extrema importância tanto para comunicação interna e bem como externa. Para eles este é um sector embrionário que ainda está numa fase de estruturação e que carece ainda de recursos humanos qualificados para desenvolver as suas actividades.

“Eu acho que é um sector ainda latente, porque ainda não esta devidamente funcional em termos de comunicação sobretudo na direcção de comunicação para leigos, a uma evolução de comunicação técnica e mesmo esta comunicação técnica ainda carece de alguma agilização (...) houve um avanço em termo de comunicação técnica, mas em termo de comunicação leiga mais consistente ainda não houve um avanço é por isso que caracterizo essa estrutura como uma abertura, mais que falta apoios, recursos, então na minha opinião esta estrutura ainda é latente em termos de comunicação” (ent.013).

Alguns participantes do estudo⁵ demonstraram não ter conhecimento das actividades desenvolvidas pelo sector de comunicação do INS.

Honestamente conhecer como tal em termos de tarefas, confesso que não. (ent. 016)

f) Actividades do sector de comunicação para divulgação da imagem do INS

Questionados os participantes em relação as actividades que o sector de comunicação poderia desenvolver para melhorar a imagem institucional do INS, estes relataram que o mesmo devia ter uma relação mais eficiente com a mídia, isto é, com os órgãos de comunicação social.

Além disso, o sector de comunicação devia dinamizar os meios de comunicação social que actualmente são usados tais como a página web, facebook, a rádio e a televisão. Actualizar constantemente estes meios de modo a dar mais visibilidade as actividades desenvolvidas pelo INS.

“(…) É preciso maximizar a página Web (...) alimentar diariamente com informação, aumentar-se os fóruns de divulgação da informação que é deficiente, criar mais dias onde as pessoas possam conhecer, possam visitar e ter acesso a informação, aumentar e melhorar a qualidade dos relatórios que nós produzimos, participar em mais eventos como por exemplo a rádio, televisão penso que de um modo geral melhorar a qualidade da informação (ent. 006)”.

A maior parte dos participantes do estudo relatou que o público não conhece a importância do INS para a sociedade. Pois alguns têm confundido o INS com o Instituto Nacional de Segurança Social (INSS) e outros com Instituto de Ciências de Saúde (ICS). Muitos não sabem ou conhecem as actividades desenvolvidas pelo INS.

“(…) Por aquilo que vejo e por vezes tenho conversado, as pessoas desconhecem aquilo que é a função ou o que são as funções centrais do Instituto Nacional de Saúde, muitas vezes as pessoas até confundem o Instituto Nacional de Saúde com o Instituto Nacional de Segurança Social (INSS) e o Instituto de Ciências de Saúde (ICS) então eu penso que de um modo geral as actividades do instituto ainda não são conhecidas... (ent. 006)”.

g) Propostas para melhoria da comunicação e imagem do INS

De acordo com a percepção dos participantes do estudo, diversas acções podem ser feitas para a melhoria da comunicação e imagem do INS. Uma destas acções poderá ser a criação de um grupo para elaboração de uma estratégia específica que oriente as acções que deverão ser implementadas para divulgar as actividades do INS tanto a nível interno como externo.

Além disso, foram sugeridas as seguintes acções: o sector de comunicação deve estar mais ligado aos outros órgãos de comunicação para divulgação da imagem do INS, criação de um e-mail institucional, contratar especialistas sénior que entendem de imagem e comunicação institucional, massificar a participação dos funcionários em diversos fóruns como por exemplo conferências nacionais e internacionais sobre tecnologias de informação e comunicação, ter maior investimento em material publicitário e assumir o papel de liderança.

“(…) Temos a questão de e-mail interno, a questão de estar mais ligado aos outros órgãos de comunicação para divulgação da imagem institucional do INS (ent. 003)”

“(…) Nós temos que encontrar ou saber o que é que nós temos que divulgar a população, o que é, o que nós fazemos com exactidão ou o que pensamos que temos que fazer de acordo com as preocupações do país ou daquela

população, o que é que nos temos que levar a população, eu acho que isso e uma das coisas que devíamos apostar (...) e ter uma linha verde para ter o feedback das pessoas (ent. 001)”.

Discussão

A Comunicação interna amplia a visão do colaborador, dando-lhe um conhecimento sistémico do processo. Assim, o funcionário, sabendo o que seu trabalho representa no todo da organização, qual a importância das tarefas que realiza, do que produz, o desempenhará com mais eficiência⁶

Embora nos últimos tempos o INS use alguns meios de comunicação (jornal, a rádio, a televisão, facebook, e-mail, youtube, portal, exposições e a Revista Moçambicana de Ciências de Saúde ³, de acordo com o seu o público externo estes meios não têm sido potencialmente explorados. Existe muita produção técnica e científica que não é divulgada. O sector de comunicação do INS, provavelmente por ser recente, as suas acções não se fazem sentir no seio do público externo. Muitas vezes, só funcionam quando é para divulgar inquéritos.

Segundo Canto⁷, grande parte das instituições com uma assessoria de imprensa ou departamento de comunicação que usam as redes sócias apresentam maiores níveis de visibilidade por parte do público externo.

Acredita-se que este conhecimento incipiente das actividades do INS por parte dos seus colaboradores deve-se provavelmente a fraca divulgação do plano estratégico ou da leitura do mesmo por parte dos funcionários.

Portanto, uma das formas que a instituição tem para melhorar a sua comunicação e imagem com o público externo seria apostar mais nas redes sociais e ser mais proactivo na publicação das suas actividades nos meios de comunicação social^{4:8}.

Actualmente, o sector de comunicação do INS, tem dois técnicos, sendo um historiador e um jornalista. Estudos^{7,9} indicam que os profissionais de comunicação são de extrema importância para qualquer instituição, pois conhecem, melhor do que ninguém, os diferentes públicos de uma instituição, seja ela pública ou privada: consumidores, fornecedores, accionistas, órgãos regulamentadores, órgãos fiscalizadores, dentre outros. É da natureza de trabalho desses profissionais, conhecer todas essas pessoas, monitorar e tornar publica as principais discussões que às interessam.

De acordo com a percepção dos participantes do estudo esta falta de conhecimento deve-se provavelmente a fraca divulgação das actividades que o instituto vem desenvolvendo.

Contudo, diversas acções podem ser feitas para a melhoria da comunicação e imagem do Instituto Nacional de Saúde. Uma das acções poderá ser a criação de um grupo para elaboração de uma estratégia específica de comunicação que oriente as acções que deverão ser implementadas para

divulgar as actividades do INS tanto a nível interno como externo.

Assim, é necessário que o INS atualize constantemente os conteúdos dos meios de comunicação existentes e adopte as novas formas de comunicação que vão surgindo. E deverá dar uma maior primazia, a comunicação externa, visto que a maior parte do público externo não conhece o INS.

Limitações do estudo

Durante o processo de colecta de dados, houve barreiras que de algum modo impactaram na conclusão deste estudo. A primeira, tem a ver com a indisponibilidade dos funcionários do INS, especialmente do Departamento de Comunicação, em dar entrevista com vista a compreender questões relacionadas a percepção sobre a divulgação da imagem institucional do INS, devido as políticas de sigilo profissional. A outra barreira, está relacionada com a falta de paciência e tempo dos participantes do estudo, facto que dificultou a atribuição adequada de algumas respostas da pesquisa.

Conclusão

Existe um conhecimento incipiente por parte dos funcionários do INS sobre a importância de estratégias de comunicação para divulgação da imagem institucional. Embora o INS, nos últimos tempos use alguns meios de comunicação para se comunicar com o público externo tais meios não têm sido potencialmente explorados. Existe muita produção técnica e científica que não é divulgada. O sector de comunicação do INS, provavelmente por ser recente, e ainda não ter uma estratégia de comunicação que orienta as actividades, as suas acções não se fazem sentir no seio do público externo.

Assim, é necessário que o INS de uma maior primazia, a comunicação externa, e adopte as novas formas de comunicação que vão surgindo.

Referências

- INS. Plano Estratégico do INS 2010–2014. Maputo. 2010
1. Bolfek B, Milković V, Lukovac M. The Impact of Internal Communication on Employee Satisfaction at a Workplace. *Oeconomica Jadertina*. 2017;7(1):16-27. doi:10.15291/oec.1348
 2. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
 3. Barich, H., & Kotler, P. (1991). A framework for marketing image management. *Sloan Management Review*, 32(2), 94-104.
 4. Welch, M. Internal communication education: a historical study. *Journal of Communication Management*, 2015: 232-244
 5. Felício Silva K, Mancuzo Júnior R. Comunicação interna e sua importância nas organizações: Case Petrobras. *Colloq Humanarum*. 2014;11(Especial):347-355.
 6. Canto, Guilherme Cardoso. Marketing digital em redes sociais nas empresas de assessoria e consultoria de comunicação. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/academico/marketing-digital-em-redes-sociais-nas-empresas-de-assessoria-e-consultoria-de-comunicacao/62755/>, acessado em 10 de abril de 2017.
 7. Tran MA, Nguyen B, Melewar TC, Bodoh J. Exploring the corporate image formation process. *Qual Mark Res Int J*. 2015;18(1):86-114. doi:10.1108/QMR-05-2014-0046
 8. Delmondes Camila. A importância dos profissionais de comunicação. Disponível em: <https://pt.linkedin.com/pulse/import%C3%A2ncia-dos-profissionais-de-comunica%C3%A7%C3%A3o-camila-delmondes>, acessado em 12 de agosto de 2017

Factores associados aos abandonos das mães seropositivas nas consultas de crianças em risco pós-parto na cidade de Maputo, Moçambique

Rosa Bento Siteo¹, Nalia Ismael²

1. Instituto Superior de Ciências de Saúde, Moçambique

2. Instituto Nacional de Saúde, Moçambique

Autora para correspondência: Nalia Ismael

Instituto Nacional de Saúde, Vila de Marracuene, EN1, Parcela N°3934, Província de Maputo, Moçambique, Contacto: 842105734 | Correio electrónico: nalusha180@hotmail.com

Resumo

Na África sub-Sariana Mulheres HIV positivas têm elevadas taxas de abandono as consultas de crianças em risco, especialmente pós-parto. De forma a entender os factores associados a esses abandonos nos centros de saúde, foram realizadas entrevistas com foco em características demográficas e socioeconómicas, conhecimento sobre o HIV, a partilha do seu estado serológico com o parceiro ou familiar e a qualidade de atendimento dos trabalhadores de saúde nas unidades sanitárias. O estudo incluiu 40 mães seropositivas que abandonaram as consultas no período de Fevereiro a Março de 2015. A idade média das mães era de 27 anos de idade. Os principais factores associados aos abandonos foi estigmatização de seus parceiros e famílias, baixa taxa de divulgação sobre o seu estado serológico aos familiares, o conhecimento reduzido sobre a importância das consultas pós-parto e as filas longas nas unidades de saúde. Em conclusão o factor mais associado ao abandono das mães as consultas de criança em risco foi a estigmatização que teve uma influência negativa.

Risk factors associated with the abandonment of HIV-positive mothers in the consultations for children in postpartum risk in Maputo City, Mozambique

Abstract

In sub-Saharan Africa HIV positive women have high rates of dropout, particularly after delivery. To find out the factors associated with these dropouts at health centers, we conducted qualitative interviews focusing on socio demographic and economic characteristics, disclosure of HIV status and knowledge about HIV as well as the treatment from the health workers at the health centers. The study included 40 HIV positive mothers that abandoned the medical appointment postpartum. The median age of the mothers was 27 years old. Main factors associated with their dropouts was stigmatization from their partners and families, low rates of HIV serological disclosure, reduced knowledge about HIV and long queues at the health facilities. In conclusion the factor most associated with drop-outs was stigmatization which had a negative influence towards these mothers postpartum. Thereby health policy strategies to influence people, especially women, to understand the importance of these medical follow-up appointments and to overcome this stigmatization issue should be taken into consideration.

Introdução

A infecção por HIV em crianças é um problema de Saúde Pública a nível mundial e na África em particular. Em crianças, a via de infecção mais frequente é por transmissão vertical, que pode ocorrer durante a gestação (10-25%), o parto (35-50%) e o aleitamento materno (20-25%) .1 Em crianças, a infecção por HIV via transmissão vertical pode ser minimizada pelo uso de regimes profiláticos de anti-retrovirais (ARVs) durante a gravidez. Na ausência de qualquer tipo de intervenção preventiva, mais de 1000 novas infecções pediátricas por HIV ocorrem diariamente por transmissão vertical.2,3

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Plano de Emergência do Presidente Americano para Alívio do SIDA (PEPFAR) e outras organizações, tem estado a apoiar vários países do Mundo na expansão de programas de Prevenção de Transmissão Vertical do HIV (PTV).6,4 A percentagem de mulheres grávidas HIV positivas beneficiando-se de programas de PTV em países de recursos escassos têm vindo a aumentar nos últimos tempos (15% em 2005, 45% em 2008 e 53% em 2009) permitindo a redução da incidência de HIV em crianças. Antes da introdução do PTV, a taxa da transmissão vertical de HIV na população não tratada variava entre 14% a 32% sem aleitamento materno e 25% a 48% com aleitamento.5

De acordo com o relatório do Inquérito Nacional de Prevalência, Risco Comportamentais e

Informação sobre o HIV e SIDA (INSIDA) em 2009 em Moçambique, a prevalência de HIV na população em geral era de 11,5% sendo maior nas mulheres (13,1%) do que nos homens (9,2%) e mais elevada na região sul (20,2%) quando comparada a região centro (12,5%) e norte (5,6%) do país. Porém houve um aumento de 13,2 % a nível nacional para o ano de 2015 no qual 1.9 milhões de pessoas em Moçambique até final de 2015 estavam a viver com HIV-1.8,15

Em Maio de 2017 os dados do Spectrum mostrou que até final de 2016 aproximadamente.

Material e Métodos

População e Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo transversal com abordagem qualitativa. O estudo incluiu mães seropositivas que abandonaram a consulta da criança em risco no Centro de Saúde 1º de Maio em Maputo com idade maior de 18 anos. Esta unidade sanitária é de nível primário e localiza-se no bairro de Maxaquene “C na Cidade de Maputo.

Recolha de Dados

Após a aprovação ética e autorização do estudo pela Direcção do Centro de Saúde 1º de Maio, iniciou-se o processo de recolha de dados que decorreu entre os meses de Fevereiro a Março de 2015. Para localização dos participantes

foi feita busca activa através de contacto telefónico e visitas domiciliárias. Foram explicados para as mães os objectivos do estudo e foram convidados a participar no mesmo. Para todas as mães que consentiram participar no estudo, durante as visitas domiciliárias foi feita recolha de dados através de um questionário constituído por variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, profissão e residência), socioeconómicas (renda mensal da mãe, número de pessoas que vivem e compartilham as despesas) e questões do estudo tais como: Conhecimento sobre o HIV, conhecimento sobre as vias de transmissão, relacionamento familiar, atendimento prestado pelos profissionais de saúde, e motivos de abandono. Os dados foram colhidos das 8 horas às 15 horas de segunda a sexta-feira nos seguintes bairros: Maxaquene A, Maxaquene B, Maxaquene C: (Polana caniço A), Xiquelene, e no bairro de Magoanine.

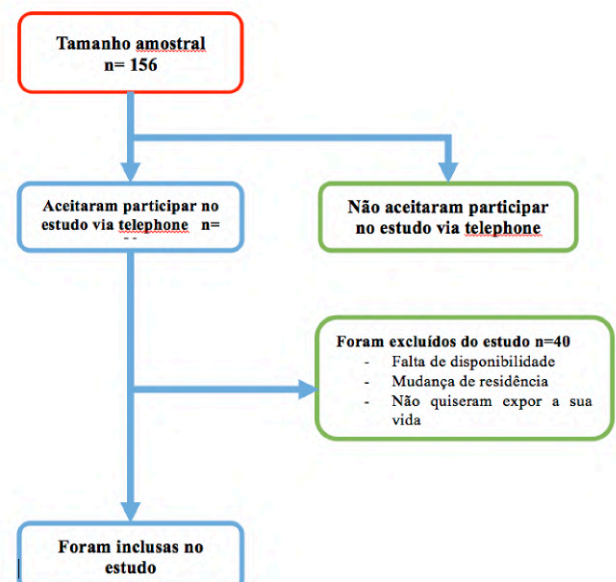
Análise de Dados

A análise de dados foi efetuada utilizando os seguintes *softwares* (programas informáticos) *Microsoft Excel 2010* e *SPSS*. versão 20 para a o agrupamento de dados de acordo.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comité Institucional de Bioética para a Saúde do Instituto Superior de Ciências de Saúde com o código TFCRS/15 e autorizado pela direcção do Centro de Saúde 1º de Maio.

Resultados Um total de 156 mães HIV positivas, foram identificadas como abandono no período de Fevereiro a Maio de 2015 no Centro de Saúde 1 de Maio em Maputo. Após o processo de busca activa, 80 (veja comentário sobre recusas na figura 1) mães aceitaram participar no estudo e 76 recusaram (veja comentário sobre recusas na figura 1). As razões da recusa foram principalmente a falta de disponibilidade, mudança de residência e não querer expor a vida (figura 1).



Características Sociodemográficas e económicos

A mediana da idade das mulheres que participaram do estudo foi de 27 anos. Das 40 mulheres entrevistadas, 15 (37,5%) eram casadas, 14 (35%) divorciadas e 11 (27,5%) solteiras. Em termos de ocupação 10 (25%) eram domésticas, 10 (25%) trabalhavam por conta própria, 6 (15%) trabalhavam na função pública, 6 (15%) no sector privada e 8 (20%) eram estudantes. Em relação ao nível académico, a maioria era do nível elementar 15 (37,5%), seguido por 9 (22,5%) mulheres sem nível, 8 (20%) do ensino técnico e 4 (10%) do nível médio. Quanto à área de residência das participantes verificou-se que a maioria das mães vivia em zonas urbanas 24 (60%) e as restantes 16 (40%) em zonas peri-urbanas. Em relação ao número de pessoas que vivem e compartilham as despesas constatou-se que 15 (37,5%)

participantes viviam com mais de 2 membros da família e compartilhavam as despesas relação as restantes mães que viviam com menos de 2 e mais de 5 membros da família. Quanto a renda salarial mensal observou-se que 17 (42,5%) mães tinham uma renda mensal que variava entre 1500 a 3000 meticais, seguidas de 14 (35%) mães que recebiam uma renda salarial menor de 1500 meticais e apenas 9 (22,5%) recebiam uma renda mensal acima de 3000 meticais (tabela 1).

Características	Frequência (n)	Percentagem (%)
Numero de participantes	40	
Idade (anos) Mediana	27	
Estado Civil		
Solteira	11	27,5
Divorciada	14	35
Casada	15	37,5
Ocupação		
Domestica	10	25
Estudante	8	20
Função Publica	6	15
Função Privada	6	15
Conta Própria	10	25
Nível Académico		
Sem Nível	9	22,5
Elementar	15	37,5
Técnico	8	20
Médio	4	10
Superior	2	5
Residência		
		0
Urbano	24	60
Peri Urbano	16	40
Partilha de Despesas (Numero de Pessoas)		
<2	12	30
>2	15	37,5
>5	13	32,5
Renda Mensal (MZN)		
<1500	14	35
1500-3000	17	42,5
>3000	9	22,5

Conhecimento das mães sobre HIV

Em relação ao conhecimento das mães sobre o HIV, modos de transmissão e existência, todas as 40 (100%) mães mostraram ter um conhecimento básico sobre a doença, 31 (77.5%) mães acreditavam na existência do HIV e 24 (60%) conheciam os modos de transmissão.

Quanto a testagem para HIV, apenas 11 (27.5%) mães fizeram o teste por iniciativa própria. Sendo que 29 (72.5%) mães fizeram o teste pela primeira vez durante a consulta pré-natal (figura 2).

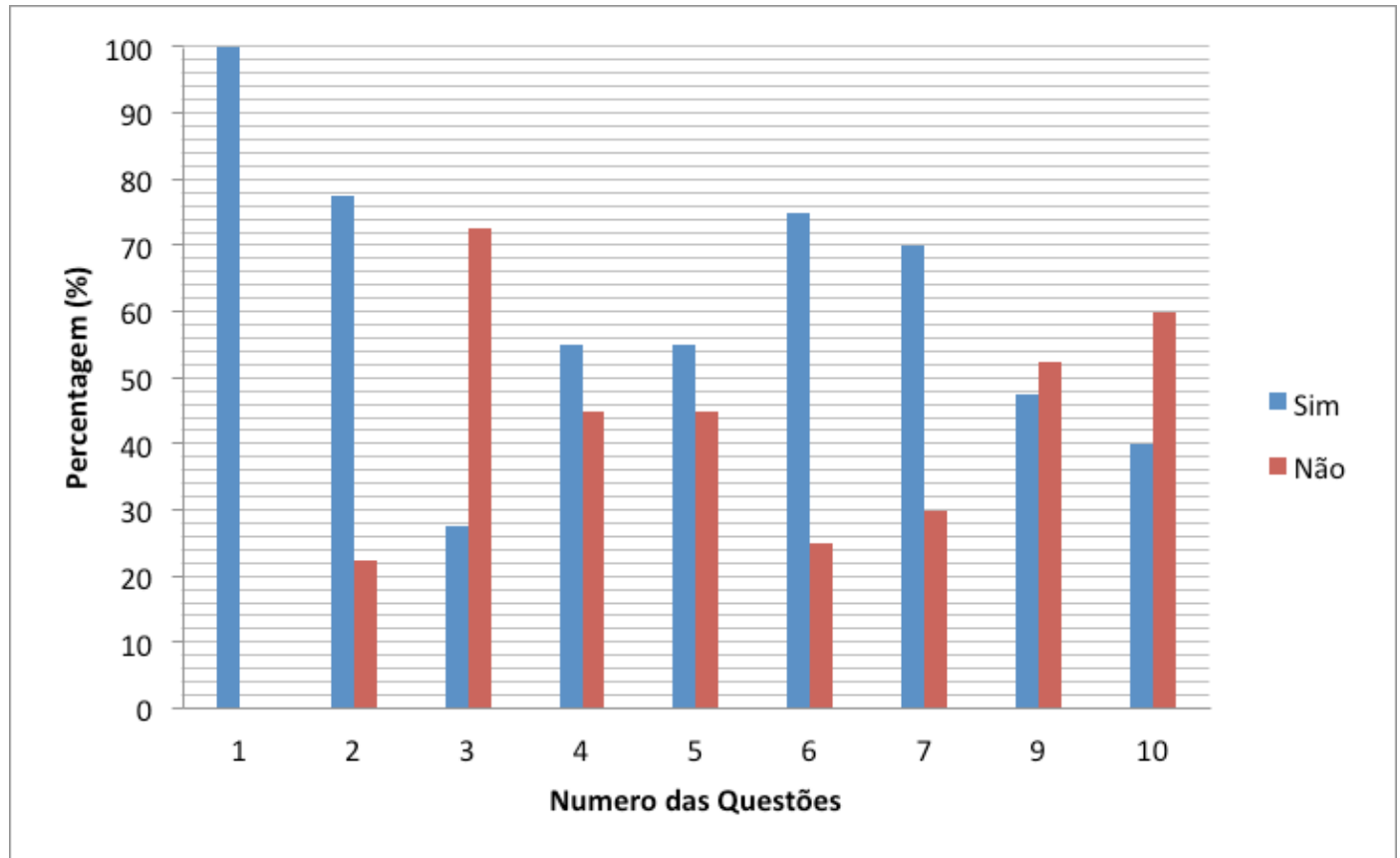


Figura 2: Distribuição percentual das mães em relação ao conhecimento sobre HIV-1

1-A senhora já ouviu falar do HIV?, 2-Acredita na sua existência?, 3-A iniciativa de fazer o teste foi sua?, 4-quando soube do resultado informou a família?, 5-a senhora conhece as vias de transmissão?, 6-A senhora sente algum receio de ser estigmatizada pela família?, 7-A senhora sente que há falta de privacidade na família?, 9-A senhora tem tido algum apoio por parte da família, 10-Da sua casa para o centro de saúde é distante?

Apenas 22 (55%) mães compartilharam informação sobre o seu estado serológico com os familiares e as restantes 18 (45%) nunca tinham partilhado. No que se refere a estigmatização, observou-se que 30 (75%) mães sentiram-se estigmatizadas pela família e 10 (25%) não. Em relação a privacidade, 28 (70%) mães sentiam falta de privacidade no agregado familiar e apenas 12 (30%) sentiam alguma forma de privacidade.

Em termos de distância entre a residência da mãe e o centro de saúde, foi observado que 19 (47.5%) mães referiu que a distância era curta e a maioria das 21 (52.5%) mães referiu que a distância era longa. Em termos de apoio familiar, 24 (60%) mães não tiveram apoio por parte da família.

Órgãos informativos dos quais as mães obtêm informações sobre a doença

Tabela 2: Distribuição percentual das mães segundo a qualidade dos serviços dos profissionais de saúde nas unidade

Questões	Respostas				
	Mau n (%)	Razoável n (%)	Bom n (%)	Muito bom n (%)	Excelente n (%)
Expectativas das mães em relação tempo de consulta	6(15%)	12(30%)	17(42,5%)	4(10,0%)	1(2,5%)
Expectativas das mães em relação a empatia dos profissionais	3(7,5%)	12(30,4%)	13(32,5%)	9(22,5%)	3(7,5%)
Expectativas/comunicação entre a senhora e os profissionais de saúde	0(0,0%)	20(50,0%)	20(50,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Expectativas das mães em relação a competência dos profissionais	0(0,0%)	7(17,5%)	28(70,0%)	5(12,50%)	0(0,0%)
Expectativa das mães em relação ao atendimento	5(12,5%)	17(42,5%)	13(32,5%)	5(12,5%)	0(0,0%)

Foi observado que 17(42%) mães obtiveram a informação sobre a doença através da televisão, 9 (23%) via conversas com amigos, 6 (15%) na escola ou trabalho, 5(12%) através do rádio e apenas 3 (8%) via jornal (figura 3).

Reacção das mães em relação ao resultado do teste

Quando questionadas as mães em relação a reacção perante o resultado do teste, cerca de 18 (45%) reagiram de uma forma má (não aceitou o seu estado serológico), 14 (35%) de forma indiferente e 8 (20%) de forma boa (aceitação do estado serológico) (figura 4).

Expectativas das mães em relação a qualidade dos profissionais de saúde

CCR, 17 (42,5%) das mães acharam o atendimento razoável, 13 (32,5%) bom, 5 (12,5%) muito bom e 5 (12,5%) mau (tabela 2).

Relativamente aos factores associados aos abandonos, cerca de 17 (43%) das mães associaram ao abandono devido ao relacionamento familiar, 9 (22%) a estigmatização, 7 (16%) a falta de vontade de viver, 5 (11%) a distância do local de residência para Unidade Sanitária e apenas 3 (8%) ao mau atendimento nas unidades sanitárias (figura 6).

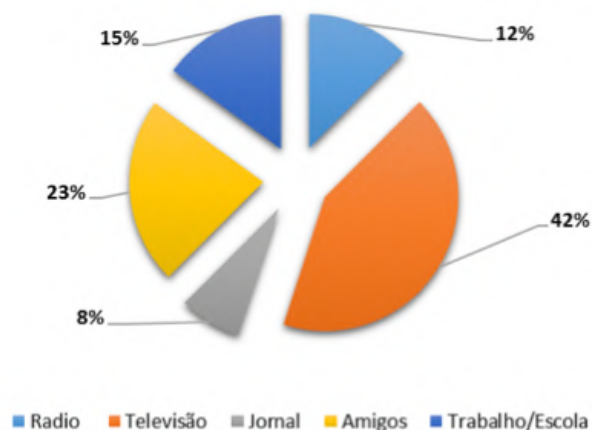


Figura 3: Órgãos informativos referenciados pelas mães para obtenção de informações sobre o HIV

Em termos do momento de partilha de informações sobre o resultado com familiares verificou-se que a maioria das mães 22 (55%) nunca compartilhou o resultado com os seus familiares, 4(10%) mães compartilharam o resultado com a família semanas depois, 7 (17,5%) anos depois, 5 (12,5%) meses depois e só 2 (5%) no dia que receberam o resultado (figura 5).

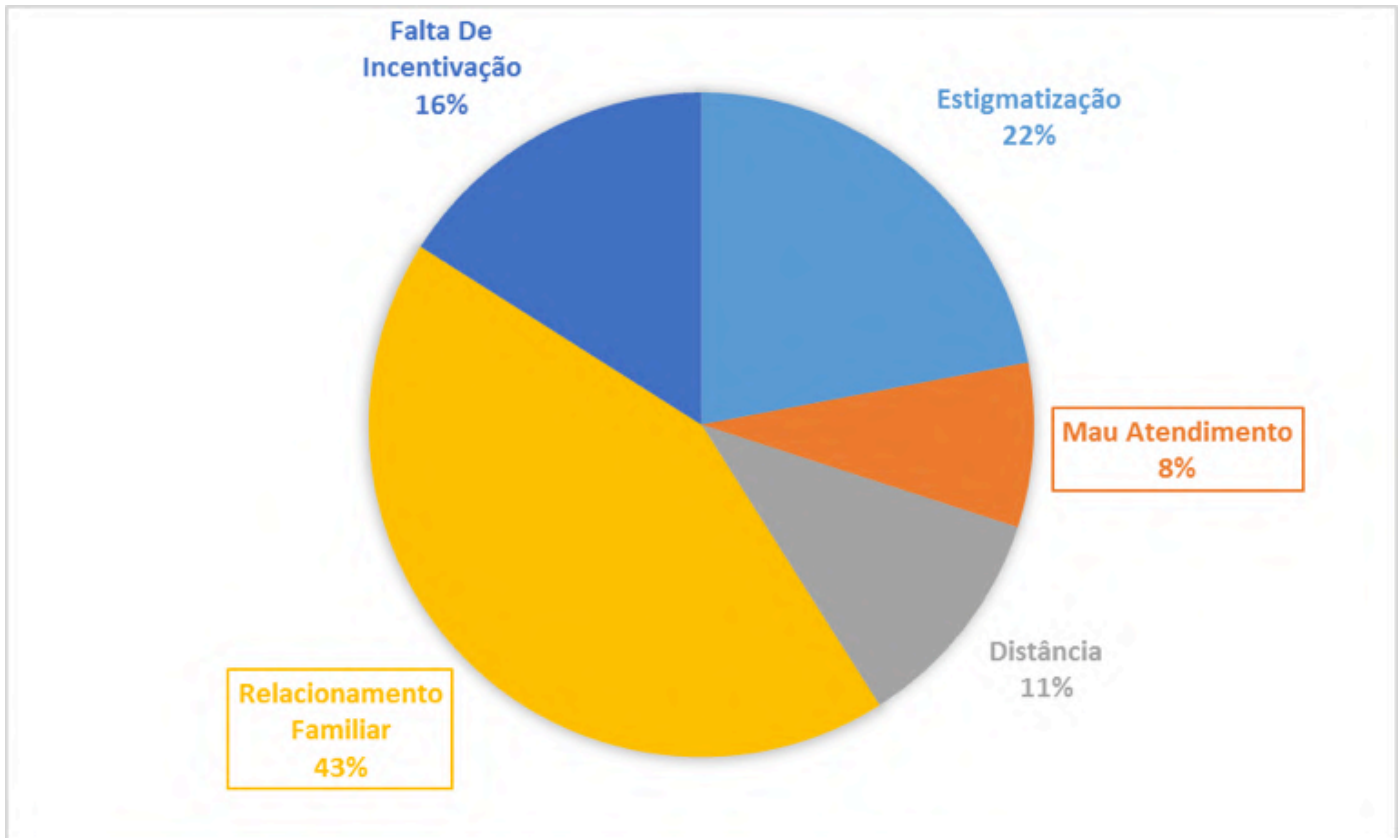


Figura 6: O motivo de abandonos das mães nas unidades sanitárias

Discussão

Este estudo teve como objectivo determinar o motivo de abandonos das mães nas consultas de crianças em risco na cidade de Maputo. A idade media das mães era de 27 anos. Pensa-se que a maioria das mães nesta faixa é dividida ao facto de ser a idade na qual a mulher é mais reprodutiva. A maioria das mães tinham um nível académico elementar (37.5%). O nosso estudo observou um elevado nível académico elementar nas mães (37.5%), no qual pode de uma forma indirecta ter influenciado no abandono das mães as consultas. Esses abandonos podem estar associados a falta de competências e benefícios sociais que facilitam a compreensão do tipo de doença e aos cuidados que esta exige.

A maior parte das mães já tinha ouvido falar sobre o HIV e acreditavam na sua existência, este dado mostrou que a informação e conhecimento sobre HIV na sociedade e serviços de saúde tem sido bem divulgado. A maioria das participantes obteve esta informação via televisão. Este dado pode estar associado ao facto de as participantes do estudo residirem em área urbana (Cidade de Maputo), onde a televisão é o órgão informativo mais usado. Apesar do seu conhecimento as participantes expressaram uma dificuldade em compreender diversos fenómenos da patologia, e como lidar com os familiares e a ideia de partilhar a informação sendo o estigma um problema nestas participantes. Este resultado está de acordo com outros trabalhos que referem que pessoas que vivem com HIV/SIDA sofrem mais de problemas relacionados a interacção social, problemas psicológicos e estigmatização do que a acção do HIV no organismo.¹⁰

Em relação as reacções das mães perante o resultado de HIV

foi observado que a maioria das mães reagiu de forma má (não aceitou o seu estado serológico) perante os resultados positivos. Este resultado era esperado uma vez que se sabe que o estigma na sociedade perante um indivíduo com HIV reduz o desejo de alguém ser infectado tendo uma reacção má com um resultado positivo.⁹ Adicionalmente, maioria das mães nunca partilharam o seu resultado com os familiares. No geral este resultado evidencia a teoria na qual um indivíduo HIV positivo prefere não partilhar o resultado devido a emoções como rejeição, isolamento e abandono social.^{11,12} Outros aspectos stressantes perante os familiares tais como culpa, medo, raiva e incerteza associado ao HIV pode justificar a alta frequência deste resultado.¹⁰

Em relação as expectativas no atendimento das mães na unidade sanitária verificaram-se que a maioria das mães inquiridas se queixaram da demora no atendimento o que pode levar a desistência da própria consulta até mesmo abandono, e as mesmas acharam a competência dos profissionais como sendo boa e em relação a comunicação a maioria das participantes acharam razoável, no que se pode relacionar com o nível de escolaridade elementar uma vez nem tudo dito pela as que é dito fica perceptível. Pesquisas anteriores mostram que os factores associados ao abandono das mães nas consultas de crianças em risco estão relacionados com o estigma, as condições económicas, a falta do apoio por parte do marido ou família, as longas filas de espera e a falta conhecimento em relação ao HIV quando se trata da primeira gravidez.^{13,14} Neste estudo os mesmos factores como estigma, a falta de apoio por parte do marido ou família e as longas filas de espera nas unidades sanitárias também foi observado.

Uma das limitações do estudo foi a falta de informação relacionada com estimativa em quilómetros da distância que as mães percorriam das suas casas a unidade sanitária que pode também estar associada ao abandono das mães as consultas.

Conclusão

Como conclusão o estigma, as longas filas de espera nas unidades sanitárias e a falta de conhecimento sobre a importância das consultas de crianças em risco pelas mães foram os factores pontuais associados ao abandono dessas mães seropositivas pós-parto. Os resultados aqui apresentados destacam a necessidade de aumentar a educação e aconselhamento individual sobre a importância de um retorno aos cuidados de HIV da mãe depois pós-parto. Uma vez que países em via de desenvolvimento procuram ampliar o acesso tratamento e a elegibilidade através da Opção B +, deve se garantir a retenção destas mulheres HIV-positivos nas consultas de crianças em risco pós-parto nas unidades sanitárias de modo a garantir o bem-estar da mãe e da criança.

Agradecimentos

Os autores agradecem a disponibilidade das enfermeiras da unidade sanitária 1º de Maio das consultas de crianças em risco e todos as mães que aceitaram participar contribuindo para o sucesso deste estudo.

Conflitos de Interesse

Sem conflito de interesse a declarar. Este manuscrito se baseia em um trabalho de candidatura ao grau de Licenciatura em Enfermagem Geral no Instituto Superior de Ciências de Saúde.

Referências

- 1Coutsoudis A. Breastfeeding and HIV. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* **2005**; 19:185-96.
- 2De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de V, I, Saba J, Hoff E, Alnwick DJ, Rogers M, Shaffer N. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA* **2000**; 283:1175-82.
- 3Mofenson LM. Prevention of breast milk transmission of HIV: the time is now. *J Acquir Immune Defic Syndr* **2009**; 52:305-8.
- 4Homsy J, Moore D, Barasa A, Were W, Likicho C, Waiswa B, Downing R, Malamba S, Tappero J, Mermin J. Breastfeeding, Mother-to-Child HIV Transmission, and Mortality Among Infants Born to HIV-Infected Women on Highly Active Antiretroviral Therapy in Rural Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr* **2011**; 53:28-35.
55. World Health Organization, Joint United Nations Program on HIV/AIDS, UNICEF. Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. World Health Organization, Geneva 2010: <http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/en/index.html>
66. Thomas TK, Masaba R, Borkowf CB, Ndivo R, Zeh C, Misore A, Otieno J, Jamieson D, Thigpen MC, Bulterys M, Slutsker L, De Cock KM, Amornkul PN, Greenberg AE, Fowler MG. Triple-Antiretroviral Prophylaxis to Prevent Mother-To-Child HIV Transmission through Breastfeeding-The Kisumu Breastfeeding Study, Kenya: A Clinical Trial. *PLoS Med* **2011**; 8:e1001015.
77. Instituto Nacional de Saúde (INS), UNICEF Clinton Health Access Initiative. Diagnóstico Precoce Infantil do HIV em Moçambique 2011.
88. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), ICF Internacional, 2015. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF International. 9. Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S and Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries implications for prevention of mother to child transmission programmes bulletin of the World Health Organization **2004**, 82:299-307.
910. Herek GM, Glunt EK. An epidemic of stigma. Public reactions to AIDS 1988, 43:886-91.
1011. Lee, R.S., Kochman, A. & Sikkema, K.J. Internalized Stig-

ma Among People Living with HIV/AIDS *AIDS Behavior* **2002**, 6: 309. doi:10.1023/A:1021144511957.

1112. Tam M, Amzel A, Phelps BR. Disclosure of HIV serostatus among pregnant and postpartum women in sub-Saharan Africa: a systematic review. *AIDS Care* **2015**, 27:436-450

1213. Clouse K, Schwartz S, Van Rie A, Bassett J, Yende N and Pettifor A.

“What They Wanted Was to Give Birth; Nothing Else”: Barriers to Retention in Option B+ HIV Care Among Postpartum Women in South Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* **2014**, 67:1

1314. Anderson M, Elam G, Gerver S, Solarin I, Fenton K, Easterbrook P. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: accounts of HIV-positive Caribbean people in the United Kingdom **2008**, 67:790-798

1415. Ministerio de Saúde (MISAU) (2017) Relatório Anual 2016 das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA

1516. HIV/AIDS Unicef <http://www.unicef.org.mz/en/our-work/what-we-do/hivaid>