

# Nível de Conhecimento da População da Ilha de Moçambique acerca da Malária

## Level of Knowledge about Malaria of the Population of Mozambique Island

### Ana Luísa Patrão

Licenciada em Serviço Social. Doutoranda em Psicologia da Saúde pela Universidade do Minho.

Morada: Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4710-057 Braga, Portugal.

E-mail: lispatrao@gmail.com

### José Vasconcelos-Raposo

Doutor em Psicologia e Professor Catedrático na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Morada: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, CIFOP, Rua Dr. Manuel Cardona, Apartado 1013, 5001-801, Vila Real, Portugal.

E-mail: j.vasconcelos.raposo@gmail.com

### Resumo

A presente investigação objectivou conhecer o nível de conhecimentos da população da Ilha de Moçambique acerca da malária, uma das doenças que mais assola o país. Assim, e tendo em conta o cenário moçambicano, traçou-se um estudo exploratório, constituído por uma amostra de 500 indivíduos, de ambos os sexos, residentes nos vários bairros da Ilha. Em termos gerais, as pessoas inquiridas estão maioritariamente bem informadas acerca das características da doença, suas implicações e formas de prevenção. Mesmo assim, verificou-se que ainda existem pessoas mal informadas. Estes indivíduos, que apresentam um nível baixo de conhecimentos acerca da doença, embora em menor número, continuam a ter procedimentos pouco preventivos e a contribuir para o aumento de casos desta doença. Considera-se que os resultados deste estudo são um contributo para a definição dos elementos a priorizar nas acções de educação e promoção da saúde, especificamente no que se refere à malária.

**Palavras-chave:** Malária; Conhecimentos; Prevenção; Moçambique.

## Abstract

This research aims to investigate the level of knowledge of the population of Mozambique Island about malaria, one of the diseases that most affect the country. Against this background we have developed an exploratory study, constituted by a sample of 500 individuals of both sexes, residing in different districts of the island. Overall, the respondents are mostly well informed about the characteristics of the disease, its implications, and ways of prevention. Still, the Island has residents without information about malaria. These people, who have a low level of knowledge about the disease, although in smaller numbers, still perform little preventive procedures and contribute to the increase in cases of this disease. It is considered that the results of this study are a contribution to the definition of priority actions in the promotion of education and health, specifically with regard to malaria.

**Keywords:** Malaria; Knowledge; Prevention; Mozambique.

## Introdução

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, 2008), numa amostra de 177 países contemplados, Moçambique ocupa o 172º lugar nos índices de desenvolvimento humano, tendo um lugar de destaque entre o grupo de países considerados com baixos níveis de desenvolvimento pelo próprio PNUD. Esta é uma posição muito desfavorável que se tem vindo a agravar, visto que, em 2004, encontrava-se em 171º lugar (PNUD, 2004). Uma das razões para esta situação, e de acordo com o que se encontra descrito no Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta, elaborado pelo Observatório da Pobreza (2004)<sup>1</sup>, Moçambique é um país que viveu a transição de uma situação de assistência de urgência para uma fase de recuperação do pós-guerra. Está agora num processo de desenvolvimento global, sendo por isso um país com carências em diversos níveis, a destacar entre eles a saúde das populações.

A Saúde tem um papel fundamental no desenvolvimento de uma sociedade, pois, para além do óbvio, que é tratar-se de uma condição primordial para o bem-estar geral, também está intimamente relacionada com um conjunto de outras variáveis fundamentais para a promoção do bem-estar social. Neste seguimento, Wagstaff (2002), apresenta uma sistematização do designado ciclo da pobreza e da saúde, onde evidencia claramente a articulação e interdependência existente entre variáveis de saúde e a sua influência na situação de pobreza. Este ciclo reflecte ainda a interligação com um conjunto de outras condições sociais. Daqui resulta também a evidência de que ao promover a saúde da população está-se a promover outras condições sociais, tais como, habitacionais e de educação (Erwin, 2008), e a conseqüente diminuição da pobreza e maiores melhorias de saúde. Os ganhos ao nível da saúde são possíveis de obter através da promoção do capital social da população, tendo em conta os seus impactos positivos na saúde, na educação e no bem-estar (Dutta-Bergman, 2004; Folland, 2007; Reid e Tom, 2006), fomentando, adicionalmente,

---

<sup>1</sup> Documento não publicado (acesso nos arquivos do Conselho Municipal da Ilha de Moçambique).

o próprio desenvolvimento económico do país e o bem-estar da sociedade (Bouchard e colaboradores, 2006). Por capital social entende-se um conjunto de elementos de organização social, tais como, confiança mútua, normas de reciprocidade e solidariedade (elementos cognitivos), como compromisso cívico e redes de associações que facilitam a coordenação e cooperação das acções colectivas para o alcance de benefícios mútuos. Assim, capital social refere-se à coesão social que resulta de uma comunidade participativa (Souza e Grundy, 2004). Nos últimos tempos, a constatação de que o capital social é a base da comunicação e promoção para a saúde, tem feito com que receba muita atenção por parte de investigadores e profissionais de saúde comunitária (Dutta-Bergman, 2004). Ou seja, constata-se e confirma-se a importância do *empowerment* das comunidades na promoção da sua própria saúde (Becker e col. 2004). Neste seguimento e de acordo com o PNUD (2004), o desenvolvimento humano tem a ver principalmente com a possibilidade das pessoas viverem o tipo de vida que escolheram e com a provisão dos instrumentos e das oportunidades para fazerem as suas escolhas. O Relatório do Desenvolvimento Humano de 2004, do PNUD assenta muito numa análise das diferenças culturais que levam ao conflito social, económico e político, e preconiza que as pessoas pobres e marginalizadas (as mais afectadas por estes conflitos) devem ser agentes directos deste processo, pois só assim será possível alcançar o acesso equitativo a emprego, educação, saúde, justiça, segurança, entre outros serviços básicos. Para isto é fundamental dar voz aos mais marginalizados e alterar as culturas políticas, sendo as consequências perturbadoramente nefastas e evidentes quando tal não acontece (PNUD, 2004).

Segundo o Ministério do Plano e Finanças e o Ministério da Saúde de Moçambique (Moçambique, 2005), o perfil das doenças em Moçambique continua a ser tipicamente o de um país em vias de desenvolvimento, com o predomínio de doenças infecto-contagiosas como a malária, diarreias, doenças respiratórias e, nas últimas décadas, o VIH/SIDA. No que se refere à malária, esta representa

um grave problema de Saúde Pública em nível mundial, tendo sido responsável por 655000 mortes em 2010, sobretudo crianças africanas (WHO, 2011). No continente africano e em Moçambique, este é um dos maiores problemas de Saúde Pública há vários anos (Schapira e Schwabach, 1988). Na opinião de Carvalho e colaboradores (2005)<sup>2</sup>, a malária continua a ser uma das principais causas de morte em adultos e a principal causa de morte em crianças, neste país. Segundo Caracciolo (2005)<sup>3</sup>, Moçambique é um dos países africanos onde a doença provoca o maior número de vítimas. De acordo com o Ministério da Saúde de Moçambique, Organização Mundial de Saúde e Repartição de Educação de Saúde Pública (Moçambique, 2000), a malária é uma doença grave que afecta todas as províncias moçambicanas de forma avassaladora. Esta é transmitida pela picada de um mosquito e se não for tratada, atempadamente, pode levar à morte, principalmente, de crianças e mulheres grávidas (Barroso, 2008).

De acordo com Barroso (2008), sanitarista e especialista em epidemiologia e controle de epidemias, a malária humana é uma doença parasitária grave, com uma evolução muito rápida, provocada por protozoários do tipo *Plasmodium*. A sua forma mais natural de transmissão dá-se através da picada de um mosquito do género *Anopheles* infectado com o protozoário. Após a picada, os protozoários chegam rapidamente ao fígado onde se multiplicam e se espalham por todo o organismo. Pode-se contrair malária através de transfusão sanguínea com o sangue contaminado, por via de transmissão gestante-feto e ainda, embora mais raramente, através da partilha de seringas contaminadas. Na sua fase inicial, os principais sintomas da malária são: febre, dores pelo corpo, vómitos, diarreia, dor de cabeça, dor abdominal, falta de apetite, tonturas, sensação de cansaço, etc. Após os primeiros sintomas, deve-se procurar imediatamente um médico ou outro técnico de saúde pois a malária não diagnosticada e não tratada desde a sua fase inicial pode levar ao óbito devido aos seus quadros graves de anemia, hiperparasitemia, insuficiência renal aguda, edema agudo do pulmão, coma, etc. Existem alguns grupos de risco no que

<sup>2</sup> Documento não publicado (editado e distribuído por Unicef-Moçambique).

<sup>3</sup> Documento não publicado (acesso nos arquivos do Hospital da Ilha de Moçambique).

toca à severidade das consequências desta doença, sendo eles as crianças, mulheres grávidas, pessoas idosas e pessoas portadoras de outras doenças infecciosas. A malária previne-se através de uma série de medidas, tais como: usar cortinados pulverizados com insecticidas (à base de deltametrina) sobre a cama; usar telas nas portas e janelas; inspecionar e proteger os locais onde se dorme; usar repelentes nas partes descobertas do corpo; usar insecticidas nas paredes internas e externas das casas; colocar peixes e libélulas em áreas alagadas, rios, igarapés e lagos, pois estes alimentam-se de mosquitos, diminuindo a possibilidade destas áreas se encontrarem impregnadas de mosquitos transmissores de malária; tentar fazer canais para escoar as águas de lagos ou igarapés, pois os mosquitos nunca colocam os seus ovos em águas movimentadas; tentar plantar árvores em zonas desmatadas ou abandonadas, pois ao recuperar o ambiente está-se a evitar criadouros de mosquitos em áreas mais povoada; e evitar locais próximos a criadouros naturais como rios ou zonas alagadas, especialmente ao final da tarde e à noite; etc.

A malária é, sem dúvida, a doença que mais assola Moçambique e a que ainda mais preocupação causa no que toca à sua prevenção e tratamento. No entanto, é necessário criar sempre novas formas de combate, pois, de acordo com Caracciolo (2005)<sup>4</sup>, a taxa de incidência, neste país é de 19 841 casos de infecção por cada 100 000 habitantes (quase 20% da população). De acordo com o Observatório da Pobreza (2004)<sup>5</sup>, para mais de 60% da população moçambicana, a pobreza está associada a uma impossibilidade de cobrir as necessidades vitais e as disparidades sociais. Destas necessidades sociais, a falta de serviços e recursos de saúde satisfatórios que enfrentem as várias doenças que atingem o país, é uma das principais preocupações. Segundo Wane (2004), a pobreza humana, ou seja, a falta de condições sociais de base, são mais graves do que propriamente os indicadores que medem a pobreza económica. Como podemos verificar, este é um país com graves problemas ao nível da Saúde, em parte porque não consegue fazer chegar às pessoas as for-

mas de prevenção e os tratamentos mais adequados para as doenças que o atingem, nomeadamente, a malária.

No controle da malária é necessário haver a mobilização política, assim como fortalecer a acção intersectorial entre a área da Saúde e os órgãos públicos que trabalham nos contextos (Ladislau e col., 2006), nos quais será legítimo considerar que a própria população é um agente de mudança. As iniciativas de promoção da saúde dirigidas a grandes populações formam uma das mais eficazes formas de intervenção em termos de custos e consciência social e comunitária (Bennet e Murphy, 1999). Para ser capaz de combater a doença, as populações necessitam de estar informadas e esclarecidas sobre a mesma. De acordo com Dutta-Bergman (2004), o capital social tem vindo a ser tratado como um importante preditor da saúde das populações. Aqui, a ideia central é a de que os indivíduos conscientes da sua saúde (e das variáveis que a influenciam) optam por participar nas acções de saúde das suas comunidades. Estas acções, por sua vez, melhoram efectivamente o nível e qualidade de saúde das populações. Neste sentido, a saúde é concebida como um fenómeno social, que se relaciona com os conceitos de qualidade de vida e capital social (Souza e Grundy, 2004). Este conceito em saúde ajusta-se à definição de Promoção da Saúde, que defende que para haver saúde é necessário um padrão de vida aceitável, no qual são incluídas condições apropriadas de trabalho, educação, actividades culturais e recreação (Terris, 1992). Ou seja, é necessário que a população se encontre munida de competências pessoais e interpessoais para que possam ser agentes activos da promoção da saúde das suas comunidades. O nível de conhecimentos acerca das doenças que as atingem é uma dessas competências sócio-cognitivas. Assim, e tendo em conta o cenário moçambicano, realizamos um estudo cujo objectivo passou por analisar até que ponto a população da Ilha de Moçambique está informada acerca da malária, como forma de prevenir esta doença que tanto assola o país e o contexto da Ilha. Especificamente, pretendeu-se averiguar o nível de *handicaps* e recursos informativos da

4 Documento não publicado (acesso nos arquivos do Hospital da Ilha de Moçambique).

5 Documento não publicado (acesso nos arquivos do Conselho Municipal da Ilha de Moçambique).

população em termos de conhecimentos da doença, formas de contágio e formas de prevenção. Para os efeitos, foram objectivos específicos os seguintes: identificar a prevalência de malária nos inquiridos e o número de ocorrência no percurso de vida; avaliar o nível de conhecimentos acerca da transmissão, nomeadamente, no que se refere às formas de contágio; avaliar o nível de conhecimentos acerca dos sintomas da doença; avaliar o nível de percepção de gravidade da doença (se acreditam ser fatal ou não); avaliar os conhecimentos acerca da existência de grupos vulneráveis; e, finalmente, avaliar o nível de conhecimentos acerca das formas de prevenção da doença.

## Descrição do Contexto

A Ilha de Moçambique deu o nome ao próprio país que a abrange: Moçambique. A sua superfície territorial é de 445 Km<sup>2</sup> e está localizada na costa oriental da Província de Nampula. A Ilha enquanto cidade possui 41.777 habitantes, dos quais 20.636 são do sexo masculino e 21.141 são do sexo feminino, organizados em 10.671 agregados familiares. Deste número populacional, 14.988 habitantes vivem na parte insular e os restantes vivem na parte continental (Delegação Nacional de Desenvolvimento Autárquico, 2003)<sup>6</sup>. Segundo Matusse e colaboradores (2003), administrativamente, a Ilha possui um padrão e estrutura urbanísticos que compreende 7 bairros: Unidade, Litine, Marangonha, Esteu, Areal, Magaribe e Museu. De acordo com Matusse e colaboradores (2003), relativamente à sua economia, a Ilha, baseia-se, essencialmente, em actividades como a agricultura, comércio, pecuária, indústria e turismo, dos quais se destaca este último.

Etnicamente é constituída por uma mistura de elementos de origem macua, goeses, baneanes, indianos e europeus. Segundo Sopa (2004), esta multiculturalidade social foi um dos factores que determinou a elevação da Ilha ao estatuto de Cidade Património Mundial da Humanidade. A Ilha de Moçambique foi a primeira capital do país e assim permaneceu até 1898, quando esta foi transferida para a actual capital Maputo. Segundo Matusse e

colaboradores (2003), esta é a cidade mais antiga do país e, embora se conheça pouco da sua História nos anos anteriores ao século XV, descreve-se que os seus primeiros habitantes teriam sido populações africanas islamizadas provenientes da Tanzânia.

De acordo com Alves e colaboradores (2004), a Ilha de Moçambique tem um lugar especial na história moçambicana e a sua lenda, quase mítica, tem muito a ver com o património construído, único na costa moçambicana e com a beleza do local. No entanto, ela também possui um conjunto de características que contribuem para as difíceis condições de vida, tais como, o elevado número populacional num território pouco extenso (especialmente na parte insular) e para o qual não existem respostas suficientes; um clima muito difícil (ora muito quente, ora muito chuvoso) que ajuda a provocar e a propagar várias doenças; e uma economia limitada em todos os seus sectores, que não permite a criação de empregos e que, conseqüentemente, leva à impossibilidade dos agregados familiares possuírem recursos suficientes e satisfatórios. Face a uma realidade social como esta, é de esperar que o estado de saúde das populações não seja o melhor, como também não são as condições que lhes permitem melhorá-las. Esta situação repercute-se no Nível de Desenvolvimento Humano da Ilha.

## Método

A elaboração da presente investigação exigiu a procura de informação em várias fontes, nomeadamente, livros e pesquisa na Internet sobre as questões temáticas trabalhadas e sobre o próprio contexto. Para além de uma abordagem teórica, as mesmas questões foram trabalhadas segundo uma observação directa no próprio contexto da Ilha de Moçambique. Assim, procedeu-se à aplicação de um questionário que pretendeu avaliar o nível de conhecimentos da população acerca da malária.

Numa fase inicial desta parte do trabalho, efectuou-se um estudo e levantamento do número populacional real por cada bairro, para depois constituir uma amostra aleatória o mais fiel possível à realidade. A amostra foi seleccionada randomica-

6 Documento não publicado (acesso nos arquivos do Hospital da Ilha de Moçambique).

mente<sup>7</sup> através dos arquivos dos bairros do Conselho Municipal da Ilha de Moçambique. A amostra dos inquéritos é constituída por 500 pessoas residentes em bairros da parte insular da Ilha de Moçambique. As percentagens desta amostra são proporcionais ao número populacional por cada bairro. Quanto à selecção dos inquiridos em função do género, embora não tenha havido um estudo rigorosamente proporcional, incluiu-se um pouco mais de mulheres do que homens, tentando assim corresponder à realidade, na também há um pouco mais de indivíduos do sexo feminino do que do sexo masculino.

Depois dos inquéritos respondidos, procedeu-se ao seu tratamento e análise de forma quantitativa em programa EXCEL. A aplicação destes questionários decorreu entre Novembro de 2004 e Janeiro de 2005.

Relativamente às características psicométricas deste inquérito, a sua construção baseou-se em vários documentos que se debruçam na exposição de informação sobre formas de contágio e prevenção da doença. Houve também uma grande preocupação em torná-lo perceptível ao nível da linguagem de forma a adaptar-se ao local e à cultura. Por exemplo, nas questões relacionadas com a prevenção da malária, uma das formas de a prevenir é usando cortinados à base de deltametrina, sendo este utensílio localmente conhecido por mosquiteiro, logo, adaptamos a sua terminologia ao que é reconhecido localmente. Estes inquéritos foram dirigidos às pessoas de forma individual e oralmente devido à sua elevada taxa de analfabetismo e por questões linguísticas, uma vez que grande parte das pessoas não entende perfeitamente o português. Por este motivo, na aplicação dos inquéritos houve sempre o acompanhamento dos chefes e régulos dos bairros, para que pudessem fazer a tradução do português para o macua e para facilitar a adesão a população aos inquéritos. Apesar desta informalidade obrigatória, derivada de questões culturais e contextuais, considera-se que houve um esforço constante para que a aplicação destes inquéritos respeitasse questões fundamentais como é o caso do princípio da confidencialidade, nunca sendo proferidos ou escritos os nomes dos

participantes e tendo os mesmos concordado sempre com a forma como os inquéritos foram aplicados. Além disso, esta tentativa de tornar os inquéritos mais perceptíveis para a população salvaguarda a validação dos seus conteúdos.

O presente trabalho de investigação reflecte um estudo quantitativo descritivo e de análise documental.

## Apresentação dos Resultados

### Caracterização sócio-demográfica

Na generalidade, ou seja, em quase todos os bairros, a faixa etária prevalecente é a dos 15 aos 25 anos. Em todos os bairros há mais mulheres do que homens inquiridos, a maioria das pessoas não exerce qualquer profissão, nem possui qualquer nível de escolaridade. A esmagadora maioria dos inquiridos é pertencente à religião muçulmana. Esta é a caracterização da amostra, no entanto, mostra muito do que é a população total da Ilha de Moçambique.

### Nível de conhecimentos acerca da malária

Tal como se pode verificar na Tabela 1, a maioria da população da Ilha de Moçambique (95%) já contraiu malária e 42% teve-a cinco ou mais vezes durante a sua vida. Do que se pode constatar relativamente ao nível de informação sobre a malária por parte da população, no geral, a maioria está esclarecida sobre grande parte das questões relativas às características da doença e à sua prevenção. No entanto, é de referir que mesmo assim ainda há alguns inquiridos mal informados e questões que suscitam muita divisão de resposta. Por exemplo, a grande maioria das pessoas sabe que esta se transmite pela picada de um mosquito (84%), no entanto ainda existem algumas minorias que pensam que esta se pode transmitir por alimentos, água ou toque de uma pessoa que esteja com a doença. Grande parte das pessoas da Ilha (48%) também está consciente de que a sua principal forma de contágio se dá através de transfusão com o sangue contaminado pelo protozoário. No entanto, é de referir que grande parte da amostra não está devidamente informada, na

7 Através dos arquivos do Conselho Municipal, definiu-se, de forma aleatória, 500 domicílios que seriam contactados nos diferentes bairros. Uma vez nos bairros, questionou-se 1 voluntário adulto em cada um dos domicílios pré-seleccionados.

medida em que acredita que se pode dar pelo toque (22%) ou pela partilha de copos e talheres (30%). Em relação ao caminho a percorrer quando há primeiros sintomas, 83% referem procurar um médico, o que efectivamente é o procedimento correcto. Também a esmagadora maioria dos inquiridos (81%) sabe que as consequências da malária são mais severas em crianças, mulheres grávidas, pessoas idosas, e pessoas portadoras de outras doenças infecciosas. Em relação à prevenção, os resultados sugerem que a comunidade da Ilha de Moçambique está sensibi-

lizada, na medida em que 94% das pessoas sabem que é preventivo usar cortinados impregnados de insecticidas (à base de deltametrina) sobre a cama; 95% reconhecem que usar telas nas portas e janelas também pode evitar malária; 74% sabem que plantar árvores em zonas desmatadas é benéfico, pois atraem os mosquitos afastando-os das zonas mais povoadas; e a totalidade da amostra está consciente de que um ambiente cuidado é menos propício à doença, e que deve-se evitar águas paradas, pois é onde os mosquitos se reproduzem.

**Tabela 1 - Proporção (%) de respostas afirmativas segundo questões acerca de conhecimentos sobre Malária (N = 500)**

Questão	% Respostas
Já Teve Malária?	95%
Teve malária 5x ou mais?	42%
Malária transmite-se por mosquitos?	84%
A principal forma de contágio é por transfusão sanguínea com o sangue contaminado pelo protozoário?	48%
Malária é mais severa em crianças, idosos e grávidas?	81%
Mosquiteiros previnem?	96%
É importante inspeccionar os dormitórios?	95%
Os repelentes protegem?	47%
Considera importante usar telas e inspeccionar os locais onde dorme?	95%
Acreditam que peixes e libélulas podem prevenir a malária ao alimentarem-se dos mosquitos?	63%
Acredita que é preventivo usar cortinados impregnados de insecticidas (à base de deltametrina) sobre a cama?	94%
Acreditam que plantar árvores em zonas abandonadas é preventivo?	74%
Consideram melhor procurar ajuda médica aquando dos primeiros sintomas da malária?	83%

## Discussão dos Resultados

A esperança média de vida em Moçambique ainda é muito baixa (PNUD, 2004; 2008). De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008, este indicador encontrava-se nos 42,8 anos. Estes dados são consistentes com outros indicadores de saúde, o que não surpreende num país onde existem tantas fragilidades ao nível da saúde e onde as doenças infecto-contagiosas continuam a ser as mais prevalentes (Moçambique, 2005). A doença que mais contribui para mortes e estados de vulnerabilidade,

em Moçambique, é a malária (Carvalho e col., 2005)<sup>8</sup>. Dai a relevância do objectivo do presente trabalho: avaliar o nível de conhecimentos da população acerca da malária.

A esmagadora maioria da população da Ilha de Moçambique já contraiu malária várias vezes no decorrer da sua vida. A média nacional, em 2004 (ano em que decorreu o presente estudo) era de 20% (Caracciolo, 2005)<sup>9</sup>, o que demonstra resultados muito negativos para a Ilha, quando comparados com os de Moçambique em geral. Acredita-se que esta incidência se deve a uma série de condições de higiene

<sup>8</sup> Documento não publicado (editado e distribuído por Unicef-Moçambique).

<sup>9</sup> Documento não Publicado (acesso nos arquivos do Hospital da Ilha de Moçambique).

e de salubridade não satisfeitas, mas também a uma ausência de comportamentos preventivos por parte da população. Esta negligência ao nível da prevenção pode existir por dois motivos: falta de informação e de conhecimento por parte da população acerca das acções preventivas, ou então falta dos recursos e dos meios necessários para tal. A constatar pelos resultados, a população da Ilha de Moçambique está, maioritariamente, bem informada acerca da doença e das suas variáveis (formas de prevenção e contágio). Assim sendo, os resultados sugerem que, apesar de existir recursos informativos, haverá algum tipo de incapacidade na concretização de comportamentos preventivos. De acordo com Vieira e colaboradoras (s.d), a informação assimilada, por si só, não é um indicador de mudança comportamental em saúde. Mesmo quando se constata que existe informação suficiente face a comportamentos de risco para a saúde, esta não é congruente com o comportamento efectivo. Ou seja, é sempre necessário proporcionar condições, disponibilidade e aquisição de competências psicossociais para que o comportamento preventivo ocorra efectivamente (Bennet e Murphy, 1999; Vieira e col., s.d). Tratando-se de um país como Moçambique, que viveu a transição de uma situação de assistência de urgência para uma fase de recuperação do pós-guerra, e que se encontra ainda numa situação de desenvolvimento precário (Observatório da Pobreza, 2004), é legítimo considerar que a sua população, embora relativamente bem informada acerca da prevenção das doenças, não possui os meios materiais, físicos e psicossociais capazes de as enfrentar. Adicionalmente, de forma geral, os homens também se evidenciam mais informados do que as mulheres, e isto pode dever-se ao facto destes serem aqueles que possuem algum nível de escolaridade. Quanto mais instruída for uma comunidade, mais facilmente confronta uma doença, pois acede mais facilmente à informação e também a compreende com maior facilidade (TILZ, 2008).

No que se refere ao tratamento adequado para a doença, após os primeiros sintomas da malária deve-se procurar imediatamente um médico ou outro técnico de saúde especializado, pois, sem o tratamento adequado, a malária torna-se mortal (Barroso, 2008). A população da Ilha de Moçambique parece estar sensibilizada para esta realidade, visto que a quase

totalidade dos inquiridos refere fazê-lo. No entanto, e porque se trata de uma doença grave e que pode ser fatal, é preocupante constatar que há quem acredite (embora seja em minoria) que a malária pode ser tratada de forma tradicional, sem recorrer a um especialista de saúde. Em Moçambique, a medicina folk, designada de tradicional, é largamente utilizada em todo o país, não apenas nas zonas rurais, onde a medicina profissional é escassa, mas também nos centros urbanos, e também aqui ela é percebida como recheada de componentes sociais, emocionais e simbólicos (Meneses, 2000). Segundo Abudo (2004), em Moçambique, 60% da população depende da medicina tradicional, contra 40% da população que depende dos serviços prestados pela medicina profissional. A malária, como doença altamente prevalente no país, é susceptível de ser experienciada de acordo com estes vários sectores. Esta presença sólida e paralela de diferentes sectores de saúde no contexto moçambicano deve-se, segundo Mira e colaboradores (2000), ao facto de durante muitos anos de colonização, o povo moçambicano ter vivido as suas culturas ancestrais quase que em confronto com as ocidentais. No entanto, estas nunca se perderam e actualmente cada vez mais se verifica uma tendência para o retorno às origens e a todas as crenças e rituais culturais, em simultâneo com o sector popular sempre existente, e o profissional cada vez mais em ascensão. Estas escolhas são influenciadas pelo contexto e pelo tipo de especialista, pelo pagamento que é feito pelos serviços e pelo modelo explicativo que as pessoas utilizam para interpretar a origem da afecção (Kleinman, 1980). No geral e de acordo com Helman (2001), os indivíduos escolhem o sector que lhes parece ser o mais apropriado para resolver o seu problema. Desta forma, as pessoas com algum tipo de afecção utilizam diferentes sectores, separadamente, simultaneamente ou sequencialmente, estando desta forma presente uma rede terapêutica. O tratamento do indivíduo passa por uma larga rede de tratamentos, começando com o conselho da família, amigos, vizinhos ou amigos de amigos, depois o indivíduo passa a movimentar-se entre os especialistas folk ou por entre os médicos. Maluf (2005) refere que cada indivíduo utiliza, de modo singular, um repertório variado, algumas vezes associando técnicas e concepções consideradas

contraditórias. Essas experiências distribuem-se num leque de situações variadas onde são utilizados vários tipos de procedimentos que vão desde os típicos das psicoterapias e biomedicina, até aqueles que estão mais próximos de uma experiência ritual ou religiosa, além da utilização de práticas e de saberes terapêuticos tradicionais. Assim, como diria Helman (2001), as pessoas que têm algum tipo de afecção fazem escolhas, não apenas entre os diferentes sectores, mas também entre os diagnósticos, escolhendo aquele que faz mais sentido para si. No caso específico da malária, a população da Ilha de Moçambique parece atribuir-lhe causas e tratamentos físicos, na medida em que, maioritariamente, reconhecem a necessidade de recorrer a um médico ou outro especialista de saúde convencional para a sua cura. Não obstante, o facto de haver uma parte da amostra que não considera que recorrer a um profissional de saúde seja o mais adequado, sugere que haverá quem atribua causas e tratamentos espirituais e sociais à doença. A diversidade de itinerários terapêuticos (profissional e tradicional) é abundante em Moçambique (Abudo, 2004), e isto não será excepção quando se trata da malária, uma das doenças mais prevalentes e mortais no país (Carvalho e col., 2005)<sup>10</sup>.

## Conclusão

Perante os resultados da presente investigação e sua análise e discussão, pode-se concluir que, genericamente, as pessoas inquiridas estão maioritariamente bem informadas acerca das características da doença, vias de transmissão, e formas de prevenção. No entanto e tal como se verificou, há pessoas mal informadas e talvez sejam essas que continuam a ter procedimentos pouco preventivos e contribuam para o aumento de casos desta doença. Assim, será importante e necessário apostar na informação e formação das pessoas para que melhor se capacitem no combate à doença que mais assola o país e a Ilha. No entanto, e de acordo com os argumentos apresen-

tados anteriormente, mesmo quem está devidamente informado, poderá não se comprometer com os comportamentos preventivos. As intervenções ao nível da prevenção da malária não se devem focar apenas em nível informativo. Estas devem ser acompanhadas de aquisição de competências psicossociais e sócio-económicas (educação, empregabilidade, auto-eficácia, serviços de saúde adequados, etc.), quer ao nível da prevenção, quer do tratamento da doença. Tendo em conta a situação de precariedade sócio-económica do país e do contexto local, é possível que as pessoas estejam suficientemente capacitadas ao nível de informação e em termos de competências pessoais, no entanto, não têm poder económico, nem aquisição de competências para adquirir os instrumentos necessários para uma prevenção total e adequada (ex.: mosquiteiros, repelentes, etc.). A possuírem os meios e condições necessários para combaterem e tratarem a doença, a população da Ilha de Moçambique poderá tornar-se mais pró-activa face à sua saúde comunitária e mais facilmente traduzir em acções o nível de conhecimentos que possui em relação à malária. Esta ideia é preconizada por vários autores, tais como, Souza e Grundy (2004), assim como, Dutta-Bergman (2004). Ou seja, é extremamente importante apostar nas próprias pessoas, mais (ou em simultâneo) que nas condições físicas. A mudança comportamental em saúde, sobretudo comunitária, passa por aumentar o nível de capacitação e compreensão das pessoas, para que sejam capazes de se comprometer com comportamentos cívicos.

Em suma, considera-se que a presente investigação poderá servir como um contributo válido para o conhecimento do estado de preparação da população da Ilha de Moçambique face à malária, que, eventualmente, será também a realidade de outros contextos similares. Pretende-se assim iluminar a prática e chamar a atenção para a importância da educação comunitária para a saúde, aliada aos recursos humanos, materiais e financeiros necessários, no que se refere ao combate à malária, em contexto moçambicano.

---

<sup>10</sup> Documento não publicado (editado e distribuído por Unicef-Moçambique).

## Referências

- ABUDO, S. Sessenta por cento da população depende da medicina tradicional. *Campo*, Nampula, v.13, p.10, 2004.
- ALVES, A. et al. *Viagem - Ilha de Moçambique*. Gondomar, Portugal: Fundação Júlio Resende, 2004.
- BARROSO, W.J. *Quimioprofilaxia e medidas de prevenção*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://malariabrasil.blogspot.com/2008/09/malria-quimioprofilaxia-e-medidas-de.html>. Acesso em: 20 jun. 2008.
- BECKER, D. et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 655-667, jul/set. 2004.
- BENNETT, P.; MURPHY, S. *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
- BOUCHARD, L. et al. Social capital, health, and francophone minorities. *Canadian Journal of Public Health*, Ottawa, CA, v. 97, p. 16-20, 2006. Suplemento 2.
- COSTA, C.; RICARDO J.; LOPES, M. Ilha de Moçambique. *Índico*, Maputo, v. 27, p. 26-30, 1997. Delegação Nacional de Desenvolvimento Autárquico. *Dossier da III Reunião Nacional de Municípios*. Maputo: Ministério da Administração Estatal, 2003.
- DUTTA-BERGMAN, M. An alternative approach to social capital: exploring the linkage between health consciousness and community participation. *Health Communication*, Washington, DC, 16 (4), p. 393-409, 2004.
- ERWIN, P. Poverty in America: how public health practice can make a difference. *American Journal of Public Health*, New York, v. 98, n. 9, p. 1570-1572, 2008.
- FOLLAND, S. Does “community social capital” contribute to population health? *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 64, n. 11, p. 2342-2354, 2007.
- HELMAN, C. G. *Culture, health and illness*. 5. ed. London, England: Hodder Arnold, 2001.
- KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- LADISLAU, J. L. B.; LEAL, M. C.; TAUIL, P. L. Evaluation of the plan for intensification of malaria control actions in the Brazilian Amazon region, based on a decentralization process. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 15, n. 2, p. 9-20, abr/jun. 2006.
- MALUF, S. W. Mitos colectivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas na “nova era”. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 499-528, out. 2005.
- MATUSSE, A.; LANGA, M.; NUVUNGA, A. *As primeiras 33 autarquias em Moçambique: realidade, conquistas, constrangimentos e perspectiva*. Maputo, Moçambique: MI Graphics, 2003.
- MENESES, M. P. G. *Medicina tradicional, biodiversidade e conhecimentos rivais em Moçambique*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2000. p. 1-40. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/index.php?id=2779>. Acesso em: 5 jan. 2009.
- MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Repartição de Educação de Saúde Pública. *Manual para activistas de saúde em situação de emergência*. Maputo: Ministério da Saúde, 2000.
- MOÇAMBIQUE. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde. *A despesa pública e prestação de serviços na saúde em Moçambique - uma síntese*. 2005. Disponível em: <http://www.redicem.org.mz/pror/Repositorio-de-Docmentos/Documentos/A-despesa-publica-e-a-prestacao-de-servicos-de-saude-em-Mocambique-uma-sintese>. Acesso em: 6 fev. 2012.

- MIRA, F. et al. *Educação, empresas e desenvolvimento de Moçambique*. Évora: Editorial Pendor, 2000.
- PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Relatório do desenvolvimento humano 2004*: liberdade cultural num mundo diversificado. Lisboa: Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, 2004.
- PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Relatório do desenvolvimento humano 2007/2008*: combater as alterações climáticas: solidariedade humana num mundo dividido. Lisboa: Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, 2008.
- REID, C.; TOM A. Poor women's discourses of legitimacy, poverty and health. *Gender and Society*, Massachusetts, v. 20, p. 402-421, 2006.
- SCHAPIRA, A.; SCHWALBACH, J.F.L. Evaluation of four therapeutic regimens for falciparum malaria in Mozambique, 1986. *Bulletin of the World Health Organization*, Genebra, v. 66, n. 2, p. 219-226, 1988.
- SOPA, A. Ilha das duas cidades. *Índico*, Maputo, n. 28, p. 16-20, abr/jun. 2004.
- SOUZA, E. M.; GRUNDY, M. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 20, p. 1354-1360, 2004.
- TILZ - TEARFUND INTERNATIONAL LEARNING ZONE. *Poverty and HIV and AIDS*, 2008. Teddington-London, 2008. Disponível em: <http://tilz.tearfund.org/Topics/HIV+and+AIDS/HIV+and+AIDS+and+Poverty.htm>. Acesso em: 6 fev. 2012.
- TERRIS, M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. *Journal of Public Health Policy*, Burlington, US, v. 13, p. 267-276, 1992.
- VIEIRA, C. et al. *Comportamentos de risco em mulheres portuguesas*: percepção do risco, crenças e atitudes face á transmissão do VIH/SIDA através das relações sexuais. [s.d.]. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/pdf/180.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2003.
- WAGSTAFF, A. Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, Genebra, v. 80, n. 2, p. 97-105, 2002.
- WANE, R. Moçambique: desenvolvimento humano e pobreza. *Mais*, Lisboa, n. 11, p. 52-57, nov. 2004.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Malaria*. Washington: WHO, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/index.html>. Acesso em: 4 fev. 2012.

Recebido em: 23/03/2010  
 Reformulado em: 04/05/2011  
 Aprovado em: 22/08/2011