

# CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS: PERSPECTIVA SÓCIO-COMPORTAMENTAL PARA A PREPARAÇÃO E RESPOSTA À CÓLERA CENTRADAS NA COMUNIDADE EM MOÇAMBIQUE, 2023

**SSHAP**

Social Science  
in Humanitarian  
Action Platform

O actual surto de cólera em Moçambique começou no dia 14 de setembro de 2022, quando o primeiro caso foi relatado na província do Niassa. Em março de 2023, 30 distritos de seis províncias tinham relatado casos. Este resumo explora determinantes sócio-comportamentais, incluindo conhecimentos, percepções, práticas e factores estruturais locais que influenciam a dinâmica de transmissão da cólera. O resumo foi desenvolvido para apoiar os agentes de resposta a desenvolver estratégias de prevenção e controlo para conter rapidamente o surto e preparar para um potencial incremento da resposta, tendo em vista a iminente estação das chuvas. Salienta a importância vital destas estratégias serem centradas na comunidade e identifica lacunas no conhecimento e nas evidências.

Este resumo baseia-se em informação sócio-comportamental e epidemiológica de literatura publicada e não convencional e consultas com especialistas e parceiros de resposta à cólera em Moçambique. Foi solicitado pela delegação nacional da UNICEF em Moçambique. Foi redigido por Eva Niederberger, Leah Tanner e Soha Karam (Anthrologica) e editado por Leslie Jones e Olivia Tulloch (Anthrologica). Contribuições e revisões foram efetuadas por colegas da OMS, UNICEF e ACNUR em Moçambique e IFRC. Este resumo foi editado por Ketan Chitnis (UNICEF), Angelo Ghelardi (UNICEF), Mariana Palavra (UNICEF), Rachel Fowler (IFRC) and João Rangel de Almeida (OMS). Este resumo é de responsabilidade do SSHAP.

## CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS

### COORDENAÇÃO PARA A PREPARAÇÃO E RESPOSTA À CÓLERA CENTRADAS NA COMUNIDADE

- Aprender com as lições dos surtos anteriores para conter a propagação transfronteiriça. A transmissão transfronteiriça contínua requer uma coordenação eficaz a nível nacional e subnacional entre governos e parceiros de resposta.
- Partilhar informação sobre surtos rapidamente e assegurar um sistema robusto de gestão de informação é fundamental para uma preparação e resposta eficazes aos surtos locais.
- Harmonizar as abordagens de resposta, evitar duplicações e concentrar-se nas lacunas de conhecimento. É essencial uma forte coordenação de campo entre parceiros de resposta, estruturas de saúde comunitárias e autoridades sanitárias.
- Optimizar os recursos e assegurar que as prioridades das comunidades informem a preparação e o planeamento da resposta. Isto exige uma coordenação transversal a nível nacional e provincial entre equipas de Saúde, Comunicação de risco e Engajamento Comunitário (RCCE), e Água, Saneamento e Higiene (WASH).
- Fortalecer os mecanismos de *feedback*/retorno das comunidades à resposta e preparação contra a cólera através de estreita colaboração entre o pilar comunicação de risco e engajamento comunitário (RCCE) e os grupos de trabalho de envolvimento e responsabilidade da comunidade (CEA) (a nível nacional e provincial). Deve ser considerado apoio adicional aos agentes de resposta à cólera para a coleta, análise e utilização dos dados referentes ao *feedback*/ retorno dados pelas pessoas da comunidade.

## **AMBIENTE PROPÍCIO PARA O REFORÇO DO SISTEMA**

---

- Continuar a financiar e implementar as políticas e estratégias governamentais existentes a longo prazo, particularmente melhorias a nível de infraestrutura. Muitas pessoas afectadas pelo surto de cólera carecem de acesso a água e saneamento básico, melhorias em instalações e serviços sanitários, problemas que não podem ser completamente solucionados durante uma resposta de emergência.
- Fornecer financiamento direccionado e apoio às autoridades de saúde e parceiros governamentais como parte da preparação para surtos de cólera para reforçar o sistema de saúde e a preparação da comunidade.

## **PASSOS CHAVE NA PREPARAÇÃO E RESPOSTA CENTRADAS NA COMUNIDADE**

---

- Conduzir uma investigação rápida para compreender as capacidades, prioridades e percepções da comunidade relacionadas com o surto de cólera (ver lacunas de conhecimento abaixo) e reforçar o papel fundamental das comunidades.
- Incluir o mapeamento das vulnerabilidades e dos riscos que afetam grupos populacionais diversos como parte do planeamento no nível comunitário.
- Sempre que possível, expandir a rede de voluntários a nível comunitário (activistas) e trabalhadores da saúde (agentes polivalentes elementares, APEs) para áreas mais remotas e grupos populacionais vulneráveis. Estas redes deverão ser equipadas com recursos adequados para desempenharem o seu papel.<sup>1</sup>
- Trabalhar em conjunto com as comunidades para adaptar protocolos de enterro seguro às normas e tradições socioculturais. É necessário compreender melhor a percepção e aceitação dos protocolos por parte das pessoas.
- Identificar actores comunitários de confiança e reforçar o engajamento como forma de lidar com rumores/desinformação.

## **ACÇÕES DE PREPARAÇÃO**

---

- Mapear locais mais propensos (*hotspots*) a surtos de cólera. Isto requer a utilização e triangulação de uma variedade de fontes de dados (vigilância de doenças, cobertura de serviços de saúde, cobertura WASH, etc.).<sup>2</sup>
- Avaliar a dinâmica de transmissão para identificar vulnerabilidades, funções e responsabilidades na prevenção e nos cuidados de saúde. Identificar membros das comunidades, vias de acesso aos serviços de saúde, compreensão e percepção locais sobre a doença, percepções sobre e confiança na prestação de cuidados de saúde e nas intervenções de resposta.<sup>2</sup>
- Desenvolver e fortalecer a capacidade da mão-de-obra local de saúde antes da ocorrência de um surto, para que a propagação de novos casos possa ser rapidamente contida.<sup>3</sup> Em áreas de alto risco, devem ser reforçados os esforços para reorientar e formar os agentes comunitários na preparação e resposta aos surtos.<sup>1,2,4</sup>
- Reforçar a promoção da higiene utilizando abordagens participativas e concentrar-se em acções chave de prevenção da cólera em áreas em risco de transmissão.
- Desenvolver planos de preparação com as autoridades locais e representantes de confiança da comunidade. Estes planos poderiam inicialmente centrar-se no nível distrital, delineando claramente as funções e responsabilidades, acções prioritárias, cadeias de comunicação e áreas onde é necessário apoio adicional.<sup>2</sup>
- Disponibilizar previamente reservatórios de água, saneamento e higiene (WASH) a nível local (por exemplo, distrital) para melhorar a resposta precoce.<sup>1,4,5</sup> Isto exigirá um sistema robusto de gestão de abastecimento. A provisão de um fundo de contingência a nível comunitário pode ajudar a reforçar a preparação da comunidade.<sup>1</sup>

## ACÇÕES DE RESPOSTA

- Coletar e actualizar regularmente dados em áreas problemáticas e junto das pessoas em risco (utilizando métodos qualitativos rápidos) para identificar e monitorizar factores de risco. As equipas de resposta devem rapidamente adquirir uma compreensão dos factores sócio-comportamentais e estar conscientes das diferenças locais.
- Após a mobilização inicial rápida de redes formais de lideranças comunitárias, é mais importante identificar e trabalhar com lideranças informais de confiança das comunidades do que com as elites.
- Desenvolver planos de acção comunitários, incorporando soluções propostas pelas comunidades, bem como as lições aprendidas com experiências adquiridas com surtos epidémicos anteriores e as percepções sobre as mensagens. As mensagens devem ser regularmente monitorizadas.<sup>2</sup>
- O desenvolvimento de intervenções rápidas focalizadas deve basear-se em factores socio-comportamentais que influenciam os riscos de transmissão.
- Envolver autoridades locais e representantes de confiança das comunidades para evitar consequências indesejadas, tais como estigma e tensões.
- Capacitar os curandeiros tradicionais com informação sobre prevenção e tratamento da cólera para o encaminhamento precoce de doentes com sintomas semelhantes aos da cólera e assegurar que dispõem de suprimentos adequados de sais de reidratação oral.
- Comunicar a disponibilidade e proximidade de serviços de saúde e salientar opções de tratamento gratuitas ou de baixo custo. Isto é fundamental para encorajar a procura de cuidados.
- Focalizar estratégias de comunicação para promover a vacinação em comunidades não abrangidas pela campanha de vacinação oral da cólera (VOC) e explicar claramente os critérios de elegibilidade e os grupos-alvo. Isto será crucial para evitar tensões, conflitos e desconfiança da comunidade na resposta.

## PANORAMA CONTEXTUAL DA CÓLERA EM MOÇAMBIQUE

### Abordagem centrada na comunidade

A abordagem centrada na comunidade para a resposta e o preparo contra a cólera implica no trabalho em parceria com as comunidades locais, facilitando abordagens lideradas pelas comunidades e apoiando as capacidades e soluções locais. As necessidades das populações afetadas por crises são diversas e dinâmicas, sendo necessário adequar as estratégias e ações de resposta e preparo às demandas locais de conhecimentos, capacidades e vulnerabilidades.

A cólera é endémica em Moçambique desde o início dos anos 70.<sup>6,7</sup> Desde 2017, os surtos de cólera tornaram-se cada vez mais sazonais, ocorrendo anualmente durante a estação quente e chuvosa (janeiro a abril e outubro a dezembro).<sup>8</sup> Nos anos anteriores, os locais afectados por epidemias recorrentes de cólera incluíam principalmente as províncias de Niassa, Nampula, e Cabo Delgado na região norte do país.<sup>6</sup> O actual surto continua a espalhar-se por Moçambique. À data da redacção, 33 distritos em seis províncias estavam infectados: Niassa (Lago, Lichinga, Sanga, Chimbonila e Mecanhelas), Gaza (Xai-Xai e Chilaulene), Tete, Zambézia, Sofala (Caia e Buzi) e províncias de Manica.<sup>9,10</sup> Até 5 de Março de 2023, tinham sido comunicados 7.517 casos e 41 mortes.<sup>8</sup> Niassa, Tete e Sofala representam 93,5 por cento de todos os casos de cólera.<sup>11</sup> Devido a fortes chuvas e inundações frequentes, é provável que mais províncias e distritos sejam afectados.<sup>9</sup> O actual surto registou uma taxa de mortalidade de 0,5 por cento, superior à taxa de 0,12 por cento no surto de 2019.<sup>12,13</sup> As evidências neste resumo provêm de estudos relacionados com comportamentos, percepções, conhecimentos e factores de risco para a cólera altamente específicas dos contextos locais.

As comunidades que vivem em distritos limítrofes do Malawi correm um risco particular de infecção, especialmente no Niassa. Isto deve-se a movimentos transfronteiriços e interações entre comunidades na fronteira, o que provavelmente contribuiu para aumentar a transmissão.<sup>9,14</sup> As zonas fronteiriças são também propensas a inundações, o que aumenta a sua vulnerabilidade à cólera.<sup>9,15</sup> As comunidades que residem nas proximidades de lagos, e ao longo do Lago Niassa e dos rios que atravessam as comunidades (Rio Zambeze, Bacias do Pungue e Buzi) estão igualmente em risco.<sup>9</sup> A situação é agravada pelas condições inadequadas de WASH, pelo acesso limitado a água potável e pela pobreza que atinge as comunidades afectadas pela cólera e aquelas se encontram em risco.<sup>9,14</sup> Os adultos com mais de 18 anos de idade parecem ser os mais afectados pelo surto. Constatou-se que os homens estavam em alto risco. Factores de risco associados como o acesso insuficiente às infra-estruturas de WASH e práticas de higiene afectaram particularmente os pescadores e os pequenos agricultores.<sup>14</sup> As mulheres são também consideradas como um grupo de alto risco, devido ao seu papel de cuidadoras no ambiente doméstico. As populações deslocadas devido a inundações e conflitos, bem como as pessoas que vivem em áreas densas, carentes e remotas, encontram-se também entre os grupos de alto risco.<sup>15</sup>

Desde a declaração do surto, o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) tem intensificado os esforços de resposta com os seus parceiros, guiado pelo plano de resposta à cólera desenvolvido pelo governo. Foi activada uma força de intervenção nacional contra a cólera. Reuniões de grupos de saúde ocorrem regularmente, bem como reuniões de coordenação multi-sectoriais distritais e provinciais. A investigação de casos nos distritos é conduzida pelas Equipas Nacionais de Resposta Rápida (RRT) em cada distrito. Foram também estabelecidos mecanismos de coordenação transfronteiriça.<sup>16</sup> As actividades de resposta incluem: vigilância activa e detecção de casos a nível comunitário e nos serviços de saúde; vacinação; aumento das medidas de prevenção e controlo de infecções; serviços de WASH, distribuição de Certeza (comprimidos de purificação de água); visitas domiciliárias e actividades de monitorização; reuniões frequentes de coordenação e reuniões com líderes comunitários; reforço da capacidade dos comités locais de saúde; estabelecimento de centros e unidades de tratamento, e actividades de sensibilização e mobilização da comunidade.<sup>9</sup> Estão em curso actividades de preparação coordenadas a nível nacional, particularmente nos distritos em risco, através da divulgação de mensagens sobre medidas de prevenção da cólera via telefone e na televisão.<sup>14</sup> O Ministério da Saúde e os seus parceiros têm promovido medidas de mitigação anualmente, antes e durante as épocas chuvosas,<sup>17</sup> mas há desafios associados. Por exemplo, o país enfrenta emergências múltiplas e simultâneas, tais como eventos climáticos extremos, conflitos e deslocamento de pessoas, além de três surtos diferentes de poliomielite que estão a ter um impacto ainda maior no sistema de saúde pública e a sobrecarregar recursos limitados. As comunidades de difícil acesso, especialmente nas zonas rurais, não parecem estar adequadamente abrangidas pela resposta. Além disso, algumas províncias recebem apoio insuficiente das instituições governamentais para estabelecer mecanismos de coordenação de resposta à cólera.

## **ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS E INFRA-ESTRUTURAS DE WASH**

---

A cólera é uma doença diarreica geralmente transmitida através de água, mãos ou alimentos contaminados por fezes. A ausência ou o acesso limitado a água potável segura juntamente com um tratamento inadequado da água e um saneamento deficiente continuam a ser causas persistentes de surtos de cólera em Moçambique.

### **Água**

---

Apesar de progressos significativos em termos de prestação de serviços básicos de WASH, apenas 56 por cento da população em Moçambique tem acesso a fontes melhoradas de água potável.<sup>18</sup> Os principais determinantes do acesso à água são estruturais, geográficos e sócio-económicos. Por exemplo, o acesso ao abastecimento básico de água é significativamente mais elevado entre os agregados familiares urbanos (84 por cento) do que entre os rurais (40 por cento).<sup>18</sup> O acesso à

infra-estrutura básica de WASH é particularmente limitado no norte e centro de Moçambique, onde os níveis de pobreza e densidade populacional são mais elevados do que no sul.<sup>18</sup> Embora as reformas políticas e institucionais tenham conduzido a melhoramento do abastecimento de água, estas reformas beneficiaram principalmente as áreas urbanas.<sup>19</sup> A implementação dos regulamentos continua a ser deficiente, agravada por lacunas de financiamento significativas.<sup>18</sup>

A gestão sustentável da prestação de serviços de WASH foi identificada como outra questão que limita o abastecimento de água, particularmente em áreas remotas com baixa densidade populacional. Os dados revelam que 30% dos pontos de água não funcionam de forma permanente, uma vez que as comunidades recebem pouco apoio para a sua manutenção.<sup>18</sup> Estudos demonstraram que, em grande medida, as pessoas recorrem a fontes de água que não são seguras ou que correm o risco de contaminação.<sup>20-22</sup> Nas zonas urbanas, verificou-se que o acesso e a utilização de água canalizada da rede era maior do que nos bairros circundantes.<sup>23</sup> De acordo com um estudo recente da província do Niassa, as principais fontes de água potável incluem poços comunitários (55%), poços melhorados (16%), furos (13%) e rede de água canalizada (11%). As pessoas que vivem ao longo da margem do lago do Niassa também utilizam normalmente água do lago para beber, o que está associado ao aumento do risco de transmissão de cólera na província.<sup>24</sup> Verificou-se que o tratamento da água não é comum. Por exemplo, dados recentes de residentes em Lichinga, em Niassa, salientaram que quase dois terços das pessoas que utilizam água de poços tradicionais não a tratavam antes de beberem.<sup>20</sup> Os resultados do estudo de Sofala mostraram que as barreiras ao tratamento da água incluíam a falta de recursos para ferver água, falta de tempo e indisponibilidade do produto de tratamento da água (Certeza). Rumores e concepções erradas relativas ao Certeza foram também citadas como principais barreiras ao tratamento doméstico da água em Niassa.<sup>25</sup>

## Saneamento

---

O acesso ao saneamento é condicionado por factores sócio-económicos, geográficos e estruturais. As estratégias a nível nacional proporcionam um ambiente propício para eliminar a prática da defecação a céu aberto até 2025 e alcançar o acesso universal ao saneamento básico até 2030.<sup>26</sup> As evidências mostraram que as pessoas associavam comportamentos não higiénicos, tais como a defecação a céu aberto, ao aparecimento de doenças, incluindo a diarreia e a cólera.<sup>21</sup> Contudo, em 2019, 27% da população ainda praticava a defecação a céu aberto. Menos de um terço (29 por cento) da população tinha acesso a instalações sanitárias básicas.<sup>18</sup> As taxas de defecação a céu aberto eram particularmente elevadas (50 por cento) nas zonas rurais e entre os agregados familiares pobres. Por exemplo, na Zambézia, 65% da população local praticava defecação a céu aberto.<sup>18</sup> Os principais obstáculos à melhoria das instalações sanitárias incluem: a falta de disponibilidade e de preços acessíveis de materiais, o alto nível dos lençóis freáticos, dificultando a construção de latrinas, e fraca regulação do mercado.<sup>26</sup> Dados de 2019 mostraram que os agregados familiares contribuem com 23% das despesas de WASH para acesso e utilização de serviços tais como a construção e esvaziamento de latrinas. O acesso a instalações sanitárias melhoradas continua baixo. Por exemplo, no Distrito de Lichinga, a maioria dos inquiridos reportou usar latrinas básicas (98%) e na Cidade de Nampula, menos de metade da população (42%) reportou o acesso a latrinas melhoradas.<sup>24,20</sup> No campo de refugiados de Maratane (Província de Nampula), mais de três quartos (78%) relataram acesso a latrinas familiares. No entanto, quase um terço (32%) das latrinas disponíveis foram identificadas como estando cheias ou quase cheias e a defecação a céu aberto é praticada por quase um terço (31%) dos agregados familiares avaliados. As principais razões citadas incluíram a falta de latrinas (43%), a distância até à latrina (20%) e a falta de iluminação durante a noite (10%). Outro problema assinalado foi a infra-estrutura precária e/ou danificada, que afectou negativamente o sentimento de privacidade dos utilizadores das latrinas (44%). A acessibilidade revelou-se também um problema significativo para os idosos e as pessoas com deficiência.<sup>28</sup>



## Higiene

---

Dados dos últimos anos mostram que os conhecimentos e as práticas sobre os momentos críticos para a lavagem das mãos (antes de preparar os alimentos, antes de comer, antes de alimentar as crianças, depois de utilizar as latrinas, depois de limpar o rabinho de bebés) são variáveis. Por exemplo, em Sofala, a maioria das mulheres foi capaz de identificar pelo menos dois ou mais dos momentos críticos para a lavagem das mãos, incluindo após a defecação, antes da preparação dos alimentos e antes de comer ou dar de comer.<sup>21</sup> Dados recentes do Niassa ressaltam que a maioria das pessoas relata ter lavado as mãos antes de comer (96%) e depois de utilizar latrinas sanitárias ou latrinas (98%).<sup>20</sup> As barreiras à lavagem das mãos em algumas áreas incluíam a falta de sabão e água, e o conhecimento insuficiente dos momentos críticos para a lavagem das mãos.<sup>21,28,29</sup> Em locais de acampamento, as pessoas estavam altamente dependentes da distribuição de sabão. Dados do campo de refugiados de Maratane salientaram que apenas 11% das famílias avaliadas tinham instalações de lavagem de mãos em casa e que o sabão e/ou as cinzas estavam presentes em apenas metade das estações de lavagem de mãos.<sup>28</sup> Em Moçambique, a disponibilidade de instalações de lavagem de mãos com sabão e água era reduzida: mais de metade da população (55%) não tinha acesso a quaisquer instalações de lavagem de mãos. Existem disparidades geográficas. Por exemplo, menos de um quarto (21 por cento) dos residentes urbanos referiu ter água e sabão em casa para lavar as mãos, em comparação com 8 por cento dos residentes rurais.<sup>30</sup> No Niassa, mais de três quartos dos inquiridos utilizavam sabão para lavar as mãos, 18 por cento utilizavam apenas água e apenas alguns participantes no estudo (3 por cento) referiram utilizar cinzas. Partilhar a mesma bacia para lavar as mãos era comum (81%). Isto aumenta o risco de transmissão de doenças, especialmente se for utilizada a mesma água para todos os membros do agregado familiar.<sup>20</sup> Há poucas evidências disponíveis em relação à higiene alimentar. Os dados de Niassa indicaram que foram seguidos bons princípios de higiene na preparação dos alimentos. No entanto, 44% dos participantes no estudo afirmaram que partilhavam o mesmo prato para comer.<sup>20</sup>

## FACTORES QUE DETERMINAM O ACESSO E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CÓLERA

---

### Panorama dos centros de saúde e centros de tratamento da cólera

---

Panorama dos centros de saúde e centros de tratamento da cólera

A detecção precoce da cólera é uma prioridade para reduzir a mortalidade e morbilidade por cólera, e para conter o surto.<sup>31,32</sup> Nos surtos de cólera, o sistema de saúde precisa fornecer instalações sanitárias locais onde os doentes com sintomas possam ser testados para detecção da cólera através de testes de diagnóstico rápido (TDR) e laboratórios onde as amostras possam ser confirmadas por cultura ou por PCR. Centros locais de tratamento da cólera (CTC) e unidades (UTC) equipados tanto com capacidade de diagnóstico, como de tratamento, tornam os cuidados mais acessíveis e evitam atrasos na identificação da cólera. No actual surto, o Ministério da Saúde, apoiado por parceiros de resposta, continua a criar centros e unidades de tratamento da cólera nos distritos afectados.<sup>16</sup> Assegurar que as UTC e os CTC se mantenham abastecidos de provisões, disponham de pessoal adequado e possam subcontratar determinadas actividades, tal como a distribuição de solução de reidratação oral (SRO) a nível da comunidade, contribuirá para a manutenção do funcionamento destas instalações durante todo o surto.<sup>9</sup> Uma forte ligação entre os CTC e as UTC e as comunidades afectadas pela cólera também é essencial para assegurar a continuidade dos cuidados.<sup>25</sup>

### Factores que influenciam à procura por serviços de saúde

---

#### FACTORES ESTRUTURAIS

---

A decisão de um doente com cólera ou do seu cuidador de procurar cuidados e de procurar cuidados precocemente é importante para reduzir o risco de mortalidade e para conter a propagação. Em Moçambique, a maioria das províncias tem hospitais de referência; algumas também têm hospitais

mais pequenos a nível distrital. Centros de saúde e postos de saúde são mais acessíveis localmente, mas podem ter pouco pessoal, espaço limitado nas instalações para acomodar um surto de cólera, e menos suprimentos.<sup>33</sup> Os custos de transporte, obrigações com cuidados infantis e distância (até 30 a 40 quilómetros em alguns casos) são barreiras particulares para os cuidadores.<sup>33-36</sup> Embora muitos procurem cuidados nas instalações mais próximas, as evidências disponíveis sugerem que a preferência pessoal por certos tipos de cuidados pode fazer com que alguns viajem mais longe, sendo necessário dar prioridade ao atendimento móvel para assegurar que os cuidados sejam mais acessíveis.<sup>37</sup>

## **PRESTADORES E TRATAMENTOS ALTERNATIVOS**

---

O tipo e a localização dos cuidados procurados são afectados pelos tempos de espera, experiências anteriores nos serviços de saúde, atitudes dos profissionais de saúde, documentação necessária, custos do tratamento e preferências por tratamentos alternativos.<sup>35,36</sup> O tratamento biomédico é frequentemente preferido. Contudo, as preocupações com os custos levam muitos a confiar nos remédios à base de plantas e tratamentos caseiros ou a procurar cuidados médicos tradicionais como forma de tratamento prioritário.<sup>29,33,36,38,39</sup> Este é um problema particularmente para as mulheres cuidadoras. Não é incomum que elas procurem múltiplas formas de cuidados, particularmente para crianças pequenas, e os curandeiros tradicionais são frequentemente consultados em primeiro lugar, antes da visita ao estabelecimento de saúde.<sup>39</sup> Um estudo realçou que a Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO) deveria ser considerada como colaboradora devido aos seus fortes laços comunitários e sugeriu que os seus membros deveriam receber capacitação em identificação, tratamento e vias de encaminhamento aos serviços para diferentes doenças.<sup>33</sup> Os agentes de saúde comunitários, chamados agentes polivalentes elementares (APE), também parecem ter fortes laços comunitários. Um estudo revelou que os cuidadores levavam frequentemente os seus filhos aos APEs após tratamentos caseiros, mas em muitos casos a doença tinha progredido para um estado moderado ou grave e carecia de cuidados para além dos que os APEs são capacitados para prestar. Finalmente, os homens, que estão em alto risco de infecção por cólera neste surto, podem não identificar sintomas como a diarreia como cólera e podem tentar tratar os seus sintomas bebendo álcool misturado com carvão ou água com sabão, uma prática comum utilizada em casos de diarreia na comunidade. Esta incapacidade de reconhecer um potencial caso de cólera resulta em atrasos na procura de cuidados.<sup>36</sup>

## **SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL**

---

A distribuição de solução de reidratação oral (SRO) é importante para o tratamento precoce da cólera, especialmente em contextos em que atrasos na procura de tratamento são esperados. A SRO pode ser distribuída ao domicílio por APEs, voluntários e líderes comunitários, e em reuniões da comunidade onde a informação sobre a cólera é partilhada. Estudos observacionais têm sugerido que a confiança e a utilização de SRO melhora quando os líderes comunitários, professores, ou APEs demonstram que bebem a solução.<sup>40</sup> O estabelecimento de pontos de reidratação oral (PRO) a nível comunitário é também uma estratégia eficaz para assegurar uma reidratação rápida. Foram reveladas lacunas na cobertura de PRO, particularmente nos distritos de Marara, Cahora Bassa e Tete.<sup>8</sup>

## **FACTORES SOCIAIS**

---

A decisão de procurar cuidados, embora muitas vezes afectada pelas barreiras estruturais acima referidas, é também influenciada por normas sociais. As mulheres são as principais cuidadoras das crianças e muitas vezes tomam decisões sobre a sua saúde e bem-estar. Um estudo realizado em 2022 no Distrito de Magoe revelou que a decisão de procurar cuidados fora de casa era frequentemente influenciada pelos cônjuges e outros membros da família, particularmente as mães e sogras. Muitas mulheres afirmaram que as decisões sobre a procura de cuidados de saúde eram tomadas conjuntamente por ambos os cônjuges, mas relataram que a autorização para procurar cuidados era importante. Quando as avós dos filhos estavam envolvidas na tomada de decisões, o tratamento de saúde formal era 25% mais provável de ser procurado.<sup>41</sup> Em contraste, um estudo na província de Inhambane constatou que as mulheres se consideravam as únicas a tomar a decisão em matéria da saúde dos seus filhos, e 97% declararam não necessitar de autorização para procurar cuidados.<sup>36</sup> O uso de tratamentos caseiros, a necessidade de autorização para procurar cuidados, e os desafios estruturais levam a atrasos no tratamento.<sup>31,36</sup>

## Vacina oral contra a cólera

---

A vacina oral contra a cólera (VOC) está disponível em algumas províncias de Moçambique há 20 anos.<sup>14</sup> A disponibilidade da vacina em surtos anteriores, particularmente após tempestades tropicais, foi uma prioridade e contou com a importante coordenação conjunta entre Ministérios da Saúde, GAVI, OMS e UNICEF. A aceitação da vacina em campanhas anteriores foi maior entre as crianças com idades entre os 5 e os 14 anos e entre as mulheres adultas, e menor entre os homens adultos.<sup>6,17</sup> Devido à actual escassez global da VOC, é de esperar que a cobertura seja baixa na resposta actual. No passado, as razões para o receio na vacinação tinha como causa o desconhecimento sobre a campanha de vacinação, a ausência da residência durante a mobilização e administração da vacina em domicílio, a presença de rumores de mortes após a vacinação, a preferência pela vacina injectável e o receio de efeitos secundários.<sup>6,17,24,40</sup> O envolvimento de líderes comunitários e mobilizadores sociais no envio de mensagens relacionadas com a vacina facilitou a confiança e a aceitação da vacina. É provável que a aceitação da VOC seja afectada na sequência do lançamento da vacina COVID-19, que registou uma baixa aceitação e uma elevada relutância, particularmente entre os jovens. A comunicação e o envolvimento da comunidade serão essenciais para assegurar a adopção da VOC. No dia 27 de fevereiro de 2023, o Ministério da Saúde começou a fornecer a VOC em quatro províncias com o maior número de casos de cólera, com o objectivo de atingir mais de 720.000 pessoas. A VOC é administrada em centros de saúde, por equipas móveis e em visitas ao domicílio.

## COMUNICAÇÃO DE RISCO E ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE

---

### Obstáculos às medidas de protecção: conhecimentos e percepção de risco na comunidade

---

A dinâmica de transmissão é principalmente impulsionada pela ausência de acesso à infra-estrutura de WASH, e influenciada pelos conhecimentos e crenças das pessoas que impactarão na adoção ou não das medidas de protecção. A cólera é frequentemente uma doença muito estigmatizante, referida como a doença das "mãos sujas"<sup>20,45</sup> e a compreensão dos conhecimentos e percepções locais - inserida num contexto mais amplo - é importante para informar os esforços de RCCE apropriados. Grande parte da população de Moçambique tem conhecimentos sobre a epidemiologia, a causa e os factores de risco, embora estes variem de acordo com seus locais de moradia.<sup>24</sup> Dados recentes recolhidos em Lichinga<sup>20</sup> e Cabo Delgado<sup>29</sup> indicam bons níveis de conhecimento sobre a cólera. Em Nampula, o conhecimento sobre as vias de transmissão e prevenção - como a manutenção da lavagem das mãos - tem sido relatado como muito baixo.<sup>24</sup> Em Cabo Delgado os dados parecem bastante positivos: os inquiridos do estudo relataram o conhecimento sobre as práticas necessárias para reduzir os riscos de infecção pela cólera, incluindo cozinhar alimentos (89 por cento), ferver água (90 por cento) e eliminar adequadamente os dejetos humanos (90,8 por cento).<sup>29</sup> Contudo, elevados níveis de conhecimento não parecem necessariamente traduzir-se na adoção de melhores práticas. Isto pode ser devido a factores estruturais como o acesso deficiente a água segura e saneamento, juntamente com a baixa percepção do risco e outros factores geradores de confusão. Por exemplo, evidências do Distrito de Chemba, em Sofala, revelaram que comunidades sem acesso a latrinas ainda praticavam defecação a céu aberto, apesar de saberem que as más práticas de higiene estão associadas à transmissão da cólera.<sup>21</sup>

O conhecimento generalizado sobre a cólera pode coexistir com conceitos errados sobre as suas causas, transmissão e prevenção. Por exemplo, em algumas comunidades acredita-se que a cólera está associada à febre e ao sangue,<sup>43</sup> à bruxaria e maldições,<sup>7,43</sup> criada por indivíduos maliciosos para prejudicar a população, e como uma doença com um longo período de incubação.<sup>43</sup> Algumas pessoas culpam os APEs, os trabalhadores da saúde ou o governo pela cólera, o que pode causar desconfiança e impedir os esforços de resposta.<sup>7,14,24,43</sup> Em surtos anteriores de cólera, tanto representantes do governo como membros da oposição foram acusados de "envenenarem as pessoas com cólera" e acreditou-se que os trabalhadores da saúde também tinham introduzido a doença (por exemplo, através da distribuição de Certeza).<sup>44</sup> As acusações também foram dirigidas às classes mais ricas.<sup>44</sup>



A cólera também foi associada à cloração de poços públicos; o cloro e as bactérias da cólera estão por vezes interligados na mente das pessoas, talvez devido à confusão entre os termos "cólera" e "cloro" (pronunciados de forma semelhante).<sup>14,17,33</sup> As crenças e práticas tradicionais também desempenham um papel na transmissão da cólera e em impedir o seu controlo e medidas de contenção. Por exemplo, verificou-se que as práticas de enterro tradicionais adoptadas em Moçambique aumentam a transmissão.<sup>14,17</sup>

A comunicação consistente sobre os riscos de cólera e o envolvimento efectivo com as comunidades é fundamental para compreender e abordar as concepções erradas e encorajar comportamentos de protecção adequados.

## Abordagens de comunicação

---

Moçambique é um país multilingue com mais de quarenta línguas faladas. Embora o português seja a língua oficial, só é falado por cerca de metade da população.<sup>46</sup> As actuais abordagens de comunicação tentam atender a esta diversidade linguística; as mensagens padronizadas de cólera, desenvolvidas pelo MISAU e pelo grupo de trabalho técnico de RCCE, são traduzidas para as línguas locais. Contudo, os esforços de comunicação multilingue são alegadamente impedidos pelo custo de impressão em várias línguas, elevados níveis de analfabetismo e a dificuldade de alguns grupos étnicos em compreender as mensagens.<sup>14</sup> Isto ressalta a importância de comunicar utilizando uma terminologia culturalmente sensível, em formatos simples e em um nível educacional apropriado.

Embora algumas informações sejam divulgadas sob a forma de folheto impresso, as abordagens de comunicação reflectem também as preferências e o acesso a outros canais de informação. Entre estes, destacam-se: anúncios na televisão e rádio (a rádio comunitária é amplamente utilizada); mensagens transmitidas via SMS; anúncios porta-a-porta, e altifalantes em igrejas, escolas, mesquitas, mercados, cinemas de nível comunitário, e nas ruas; anúncios através de líderes comunitários e distribuição de materiais de informação, educação e comunicação (IEC).<sup>14,40,47,48</sup> O estudo recente em Lichinga revelou que as principais fontes de informação sobre a cólera entre as mulheres eram provenientes dos serviços de saúde de saúde (34 por cento), seguidas pela rádio (17 por cento); e dentre os homens, os meios mais utilizados eram a rádio (17 por cento) seguida de reuniões de bairro (9 por cento).<sup>20</sup> A rádio e as Unidades Móveis Multimédia têm sido utilizadas em Cabo Delgado para os esforços de mobilização social sobre a VOC.<sup>42</sup>

O Instituto de Comunicação Social é um instituto público que tem desempenhado um papel na distribuição de anúncios relacionados com a cólera e de mensagens de prevenção através destes canais (principalmente na Província do Niassa).<sup>12</sup> Os activistas (voluntários da comunidade) foram também cruciais na adaptação de mensagens-chave às necessidades das comunidades, com base nas suas interações com as mesmas. Foram também adoptadas estratégias envolvendo activistas e unidades móveis para divulgar mensagens em comunidades de difícil acesso. Contudo, a mobilização de voluntários é por vezes difícil, e chegar as comunidades rurais pode ser um desafio. Dados recentes revelaram também que a actual campanha de prevenção da cólera carece de materiais de IEC para fornecer às comunidades informação sobre a cólera.<sup>9</sup> O número limitado de voluntários e os desafios logísticos impedem ainda mais a comunicação de informação relevante em matéria de saúde a nível distrital. Isto reforça a necessidade de compreender meios de comunicação eficazes (incluindo a criação conjunta e o teste prévio de conteúdos localmente apropriados) para reforçar a capacidade das comunidades para prevenir e reduzir os riscos de infecção pela cólera.

## Envolvimento da comunidade

---

As estratégias de envolvimento com as comunidades incluíram o trabalho com estruturas e redes comunitárias, o apoio as lideranças e soluções locais, e a integração do *feedback*/retorno da comunidade aos esforços de resposta aos surtos.

As abordagens baseadas na comunidade, incluindo o reforço das redes de APEs e activistas e o trabalho com organizações de base comunitária, parecem ter sido eficazes e estas pessoas estão bem ligadas às comunidades onde vivem e trabalham.<sup>50</sup> O trabalho com membros da comunidade

pode ajudar a assegurar uma resposta rápida enquanto os casos suspeitos de cólera estão a ser investigados. Por exemplo, enquanto se aguarda a confirmação do alerta de surto, os voluntários da Cruz Vermelha começaram a mobilizar as comunidades para a prevenção e gestão de doenças diarreicas transmitidas pela água (antes da confirmação do surto, os voluntários da comunidade não estão autorizados a implementar actividades de resposta à cólera).<sup>51</sup> No entanto, esses voluntários enfrentam múltiplos obstáculos para montar rapidamente uma resposta ao surto. Os desafios incluem: a escassez de voluntários, particularmente em comunidades remotas, a falta de formação, e compensação adequada e oportuna.<sup>51</sup> Por exemplo, os dados disponíveis revelaram que a formação de voluntários da comunidade só é implementada quando o surto é confirmado. Os voluntários previamente formados precisam então ser localizados e o seu nível de conhecimentos precisa ser avaliado devido a falta de acompanhamento e apoio durante a fase pós-surto.<sup>51</sup>

É comum os moçambicanos confiarem em curandeiros tradicionais e líderes religiosos em assuntos relacionados com a sua saúde<sup>24</sup>. A resposta à cólera de Cabo Delgado conta com bons exemplos de engajamento comunitário facilitado pela atuação de líderes religiosos e de líderes comunitários. Os jovens também se envolveram como U-Reporters para apoiar a coleta de dados, disseminação de mensagens a outros jovens, e mobilização das campanhas de saúde.<sup>42</sup> No Niassa, os líderes comunitários também estiveram activamente envolvidos na campanha de vacinação em massa da cólera (VOC).<sup>6</sup> Uma coorte de líderes comunitários, jornalistas e membros da comunidade recebeu formação nos distritos onde a cólera estava a ser relatada em Novembro de 2022; eles foram capacitados com conhecimentos sobre a cólera, a sua transmissão e medidas preventivas. Como as suas comunidades confiam neles, os líderes comunitários estavam empenhados em compartilhar esta informação com o restante da comunidade.<sup>14</sup>

Existem poucas evidências disponíveis com relação as soluções lideradas pelas comunidades para prevenir e/ou reduzir os riscos de transmissão da cólera. Contudo, os agentes de resposta à cólera estão agora a explorar soluções mais localizadas baseadas nas reflexões colectivas dos membros da comunidade - para compreender as questões subjacentes - em vez de abordagens típicas envolvendo a sensibilização porta-a-porta.<sup>14</sup> Estão também a ser planeadas sessões de diálogo com as comunidades, lideradas por líderes comunitários com o apoio da direcção provincial de saúde.

Estes compromissos através de estruturas comunitárias, redes e lideranças locais podem representar formas eficazes de apoiar as comunidades na adopção de medidas de prevenção e controlo da cólera. Há uma necessidade permanente de explorar formas adicionais de participação e envolvimento mais consistente das comunidades na concepção e execução dos programas.

## **Mecanismos de *feedback* da comunidade**

---

A maioria dos membros da população tem poucos meios de acção significativos que possam utilizar se tiverem queixas ou preocupações sobre a resposta à cólera. Alguns existem, mas não são necessariamente eficazes, estabelecidos de forma sistemática em toda a resposta, ou bem conhecidos pela população local. Por exemplo, dados recentes de pessoas deslocadas internamente (PDI) em Cabo Delgado, Zambézia, Sofala e Nampula revelaram que as pessoas estavam, na sua maioria, cientes dos mecanismos de *feedback* e queixas baseados na comunidade, tais como reuniões comunitárias, líderes comunitários e centros de ajuda comunitária. Quase dois terços dos inquiridos relataram ter recebido retorno sobre as queixas que apresentaram, mas mais de metade não ficou satisfeita com a resposta recebida. Os motivos incluíram o facto de o retorno não ter abordado as queixas, atrasos no retorno às suas queixas, ou o facto de não terem recebido qualquer resposta. Além disso, a maioria relatou que não foram tomadas medidas para resolver as queixas que apresentaram.<sup>52</sup>

Os dados também sugeriram que questões de acesso, falta de informação e confiança, e receio constituíram um obstáculo à utilização dos mecanismos de *feedback* existentes. Por exemplo, as populações afectadas em Cabo Delgado declararam não confiar nos mecanismos de *feedback* disponíveis, e que não foram devidamente consultadas ou envolvidas na tomada de decisões.<sup>50</sup> Uma linha gratuita nacional, a Linha Verde, foi criada em 2019 na sequência do ciclone Idai, como um canal de responsabilização perante as populações afectadas. No entanto, há inúmeros problemas relatados relacionados com a utilização da Linha Verde que minam a confiança: nem todos os

parceiros de resposta a utilizam e alguns estão a desenvolver ou a recorrer aos seus próprios sistemas; algumas comunidades não têm conhecimento da linha gratuita ou do seu objectivo; entre os que estão a par da referida linha, alguns têm relatado preocupações de confidencialidade e falta de resposta do governo as suas demandas;<sup>50</sup> alguns temem repercussões se fornecerem suas opiniões ou queixas.<sup>14</sup> Estes problemas contribuem para abalar a confiança das comunidades na Linha Verde. Outros mecanismos de *feedback* foram estabelecidos, embora haja pouca informação disponível sobre a sua aceitação e utilidade. Em abril de 2021<sup>47</sup> foi estabelecido um mecanismo de *feedback* comunitário de Coordenação e Gestão de Acampamentos (CCCM) e, de acordo com o Plano de Resposta Humanitária de Moçambique de 2022, esperava-se que as queixas de saúde fossem monitorizadas regularmente através de um mecanismo de *feedback* comum a nível nacional.<sup>47</sup> É necessária mais avaliação para compreender até que ponto estes mecanismos de *feedback* estão a ser utilizados, juntamente com os obstáculos associados.

## LACUNAS DE CONHECIMENTO

---

Foram identificadas várias lacunas importantes no conhecimento ou nos dados pelas partes interessadas e a partir da literatura e dos dados revistos. Existem recursos, tais como o banco de perguntas abrangente sobre cólera disponível no Serviço Colectivo (SC) que pode apoiar a coleta de dados sobre algumas das lacunas de conhecimento abaixo indicadas. Apoio adicional do [website do Serviço Colectivo de Assistência](#).

- Existe a necessidade de saber informações mais específicas sobre alguns grupos vulneráveis, incluindo aqueles que estão em alto risco de infecção pela cólera, como: homens adultos, comunidades pesqueiras, trabalhadores rurais de pequenas fazendas agrícolas, pessoas deslocadas internamente (PDI) e pessoas portadoras de deficiência.
- São necessários dados em tempo real, desagregados por sexo e idade em relação ao momento do aparecimento dos sintomas, localização, número de casos de cólera, óbitos e taxas de mortalidade a nível distrital e municipal, para fundamentar uma resposta focalizada.
- São necessárias evidências para compreender as dinâmicas de transmissão em relação aos movimentos transfronteiriços formais e informais (por exemplo, Malawi e Moçambique).
- É necessária investigação qualitativa mais aprofundada para compreender melhor como as normas socioculturais e as crenças tradicionais moldam a compreensão, percepção, motivação e capacidade de adoptar medidas preventivas contra a cólera (por exemplo, enterro seguro e digno).
- Devem ser coletados dados adicionais para compreender as percepções das pessoas sobre o produto local usado para o tratamento da água (Certeza). Isto ajudará a confrontar a visão equivocada de que o Certeza causa cólera entre os utilizadores.
- Os canais de comunicação, formatos e idiomas preferidos das pessoas devem ser sistematicamente avaliados. Isto apoiará as equipas de campo e os agentes comunitários a transmitir informação adequada no idioma local e através de canais de confiança.
- A coleta de dados sócio-comportamentais deve concentrar-se no acesso à informação, na compreensão sobre a cólera, nas percepções de risco, nas barreiras à adopção de medidas preventivas e na busca por tratamento precoce junto a grupos de alto risco, tais como: comunidades pesqueiras, pequenos agricultores e trabalhadores. Isto é fundamental para adaptar as estratégias de comunicação e envolvimento aos níveis de conhecimento, percepções de risco, e condições de vida das pessoas.
- A forma como as pessoas tomam decisões sobre a busca por cuidados de saúde precisa ser compreendida com mais clareza. As narrativas locais e o enquadramento da doença também devem ser avaliados, uma vez que podem influenciar directamente o modo como as pessoas procuram os cuidados de saúde.

- A coleta de dados primários deve abordar os padrões de mobilidade e transmissão e avaliar as barreiras e os catalisadores de medidas preventivas tais como a utilização de água potável, a lavagem das mãos e a eliminação segura de dejetos. É também importante compreender como estes afectam a incidência, prevalência e gravidade da doença. A coleta de dados deve incluir também questões sobre determinantes emocionais, tais como os sentimentos de acolhimento, pertencimento e aversão/ nojo.
- Estão sendo implementadas intervenções rápidas e direccionadas (por exemplo, intervenções direccionadas para casos específicos, CATI) nos distritos afectados pela cólera em Moçambique. São necessárias mais evidências para compreender melhor a eficácia de tais abordagens direccionadas, como interagem com as respostas e dinâmicas comunitárias existentes, e se têm consequências não intencionais para as famílias focalizadas.
- O enquadramento e as compreensões locais sobre a cólera podem condicionar as percepções das pessoas sobre a doença e sobre as pessoas por ela afectadas. São necessários mais pesquisa que permitam compreender melhor quais os grupos populacionais potencialmente em risco de estigma e discriminação uma vez diagnosticados com cólera.

## AGRADECIMENTOS

Este resumo foi redigido por Eva Niederberger, Leah Tanner e Soha Karam (Anthrologica). Gostaríamos de agradecer as contribuições especializadas feitas por colegas da OMS Moçambique, UNICEF Moçambique, ACNUR Moçambique. Foi revisado por Olivia Tulloch (Anthrologica) Leslie Jones (Anthrologica), UNICEF Moçambique, OMS e IFRC. O resumo é da responsabilidade da Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP).

## CONTACTO

Se tiver um pedido directo relativo ao resumo, ferramentas, conhecimentos técnicos adicionais ou análises à distância, ou se desejar ser considerado para a rede de consultores, queira contactar a Social Science in Humanitarian Action Platform enviando um e-mail para Annie Lowden ([a.lowden@ids.ac.uk](mailto:a.lowden@ids.ac.uk)) ou Olivia Tulloch ([oliviattulloch@anthrologica.com](mailto:oliviattulloch@anthrologica.com)).

A Social Science in Humanitarian Action é uma parceria entre o [Institute of Development Studies \(IDS\)](#), [Anthrologica](#), [CRCF Senegal](#), [Gulu University](#), [Le Groupe d'Etudes Sur Les Conflits Et La Sécurité Humaine \(GEC-SH\)](#), a [London School of Hygiene and Tropical Medicine \(LSHTM\)](#), a [University of Ibadan](#), a [University of Juba](#), e o [Sierra Leone Urban Research Centre](#). Este trabalho foi apoiado pelo Foreign, Commonwealth & Development Office do Reino Unido e pela Wellcome 225449/Z/22/Z. As opiniões expressas são as dos autores e não reflectem necessariamente as dos financiadores, ou as opiniões ou políticas dos parceiros do projecto.

## MANTENHA-SE EM CONTACTO

 [@SSHAP\\_Action](#)  [info@socialscience.org](mailto:info@socialscience.org)  [www.socialscienceinaction.org](http://www.socialscienceinaction.org)  [SSHAP newsletter](#)

**Sugestão de citação:** Niederberger, E.; Tanner, L. and Karam, S. (2023) Considerações Fundamentais: Perspectivas Sócio-Comportamentais para Apoiar a Preparação e Resposta à Cólera Centradas na Comunidade em Moçambique, 2023. Social Science In Humanitarian Action (SSHAP) DOI: [10.19088/SSHAP.2023.003](https://doi.org/10.19088/SSHAP.2023.003)

Publicado em abril de 2023

© Institute of Development Studies 2023



Este é um documento de Acesso Livre distribuído nos termos da licença [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY\)](#), que permite a utilização, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer suporte, desde que os autores originais e a fonte sejam creditados e que quaisquer modificações ou adaptações sejam indicadas..

## REFERÊNCIAS

1. IFRC. (2021). *Case Study: Community cholera epidemic preparedness in DRC and Cameroon*. [https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-12/CaseStudy\\_Cholera\\_DRC\\_Cameroon\\_full\\_EN.pdf](https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-12/CaseStudy_Cholera_DRC_Cameroon_full_EN.pdf)
2. Oxfam. (2022). *Public health: Disease outbreak preparedness and response planning for Acute Watery Diarrhoea (AWD) & CHOLERA*. <https://www.oxfamwash.org/en/response-types/cholera>
3. CDC. (2019, December 9). *Preparedness Pays off in Mozambique's Cyclone Responses*. <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fieldupdates/fall-2019/mozambique-cyclone-response.html>
4. GTFCC. (n.d.). *Cholera outbreak response field manual. Section 10: Preparedness and Long Term Action*. <https://choleraoutbreak.org/book-page/section-10-preparedness-and-long-term-actions>
5. Oxfam. (2012). *Cholera Outbreak Guidelines: Preparedness, prevention and control*. <https://policy-practice.oxfam.org/resources/cholera-outbreak-guidelines-preparedness-prevention-and-control-237172/>
6. Elias Chitio, J. J., Baltazar, C. S., Langa, J. P., Baloi, L. D., Mboane, R. B. J., Manuel, J. A., Assane, S., Omar, A., Manso, M., Capitine, I., Van Rensburg, C., Luiz, N., Mogasale, V., Marks, F., Park, S. E., & Beck, N. S. (2022). Pre-emptive oral cholera vaccine (VOC) mass vaccination campaign in Cuamba District, Niassa Province, Mozambique: Feasibility, vaccination coverage and delivery costs using CholTool. *BMJ Open*, 12(9), e053585. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053585>
7. Cambaza, E., Mongo, E., Anapakala, E., Nhambire, R., Singo, J., & Machava, E. (2019). Outbreak of Cholera Due to Cyclone Kenneth in Northern Mozambique, 2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2925. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162925>



8. WHO. (2023). *Cholera in the African Region. Weekly Regional Cholera Bulletin. 1 March 2023.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/366348/AFRO%20Cholera%20Bulletin.01.pdf>
9. IFRC. (2023). *Mozambique: Cholera Outbreak and Floods Readiness.* <https://reliefweb.int/report/mozambique/mozambique-cholera-outbreak-and-floods-readiness-mdrmz019>
10. ESAR Collective Service. (2023, February 2). *ESAR RCCE Technical Working Group Meeting, 2 February 2023.*
11. WHO. (2023). *Cholera in the WHO African Region. Weekly Regional Cholera Bulletin: 8 March 2023.* <https://www.afro.who.int/publications/cholera-who-african-region-weekly-regional-cholera-bulletin-1-march-2023-cloned>
12. Lequechane, J. D., Mahumane, A., Chale, F., Nhabomba, C., Salomão, C., Lameira, C., Chicumbe, S., & Semá Baltazar, C. (2020). Mozambique's response to cyclone Idai: How collaboration and surveillance with water, sanitation and hygiene (WASH) interventions were used to control a cholera epidemic. *Infectious Diseases of Poverty*, 9(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00692-5>
13. Zwizwai, R. (2023). Infectious disease surveillance update. *The Lancet Infectious Diseases*, 23(3), 289. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00078-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00078-6)
14. *Consultations with stakeholders.* (n.d.). [Personal communication].
15. UNICEF. (n.d.). *Cholera Factsheet Mozambique.* [https://www.platformecholera.info/attachments/article/782/Cholera%20Factsheet\\_Mozambique\\_2018%20final.pdf](https://www.platformecholera.info/attachments/article/782/Cholera%20Factsheet_Mozambique_2018%20final.pdf)
16. WHO. (2023, February 24). *Disease Outbreak News; Cholera—Mozambique.* <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON443>
17. Baltazar, C. S., Pezzoli, L., Baloi, L. D., Luiz, N., Chitio, J. E., Capatine, I., Siteo, M., Mala, S., & Langa, J. P. (2022). Conditions to eliminate cholera in Mozambique—The pathway for the development of the national cholera plan. *Pan African Medical Journal*, 1937–8688. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.42.279.36368>
18. USAID. (2019). *Water and Development Country Plan.* [https://www.globalwaters.org/sites/default/files/mozambique\\_country\\_plan\\_2020.pdf](https://www.globalwaters.org/sites/default/files/mozambique_country_plan_2020.pdf)
19. USAID. (2010). *MOZAMBIQUE Water and Sanitation Profile.* [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADO935.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADO935.pdf)
20. Manuel, J. A., Missage, E., & Hélder Vasco, T. (2023, January). *Estudo sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos residentes de Lichinga sobre Cólera.*
21. WFP. (2020). *Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Study. On maternal nutrition, infant and young child feeding, sanitation and hygiene, and sexual and reproductive health, including obstetric fistula, in Chemba District, Sofala.* <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000130941/download/>
22. ECHO. (2022). *Mocimboa Da Praia (MdP) Multisectoral needs assessment Mission Report.* [https://drive.google.com/drive/folders/1Qo\\_bFKXWdjzvnNQE4HdIPcNFrP-4R\\_Z\\_](https://drive.google.com/drive/folders/1Qo_bFKXWdjzvnNQE4HdIPcNFrP-4R_Z_)
23. ECHO, Solidarites, NRC, & Action Contre La Faim. (2022). *Rapid Needs Assessment Report in Mocimboa Da Praia Sede, Mocimboa Da Praia District November 2022.* [https://drive.google.com/drive/folders/1Qo\\_bFKXWdjzvnNQE4HdIPcNFrP-4R\\_Z\\_](https://drive.google.com/drive/folders/1Qo_bFKXWdjzvnNQE4HdIPcNFrP-4R_Z_)
24. Cambaza, E. M., Mongo, E., Anapakala, E., Nhambire, R., Singo, J., & Machava, E. (2022). An Update on Cholera Studies in Mozambique. *IntechOpen, Healthcare Access Regional Overviews.* <https://doi.org/DOI: 10.5772/intechopen.88431>
25. *Consultations with stakeholders.* (2022, 2023). [Personal communication].
26. USAID. (2020). *2020 Sanitation Profile: Mozambique.* [https://www.globalwaters.org/sites/default/files/walis\\_mozambique\\_sanitation\\_profile\\_2020\\_en\\_final.pdf](https://www.globalwaters.org/sites/default/files/walis_mozambique_sanitation_profile_2020_en_final.pdf)
27. Collins, A. E., Lucas, M. E., Islam, M. S., & Williams, L. E. (2006). Socio-economic and environmental origins of cholera epidemics in Mozambique: Guidelines for tackling uncertainty in infectious disease prevention and control. *International Journal of Environmental Studies*, 63(5), 537–549. <https://doi.org/10.1080/00207230600963122>
28. UNHCR. (2020). *UNHCR Mozambique—KAP Survey Report – Maratane Refugee Camp.* <https://microdata.unhcr.org/index.php/catalog/278/related-materials>
29. Di Gennaro, F., Ocça, E., Chitnis, K., Guelfi, G., Canini, A., Chuau, I., Cadorin, S., Bavaro, D. F., Ramirez, L., Marotta, C., Cotugno, S., Segala, F. V., Ghelardi, A., Saracino, A., Periquito, I. M., Putoto, G., & Mussa, A. (2022). Knowledge, Attitudes and Practices on Cholera and Water, Sanitation, and Hygiene among Internally Displaced Persons in Cabo Delgado Province, Mozambique. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 108(1), 195–199. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.22-0396>
30. UN Water. (n.d.). *Mozambique.* [https://www.sdg6data.org/en/country-or-area/mozambique#anchor\\_6.2.1a](https://www.sdg6data.org/en/country-or-area/mozambique#anchor_6.2.1a)
31. Gujral, L., Sema, C., Rebaudet, S., Taibo, C. L. A., Manjate, A. A., Piarroux, R., Gessner, B. D., & Jani, I. V. (2013). Cholera epidemiology in Mozambique using national surveillance data. *The Journal of Infectious Diseases*, 208 Suppl 1, S107-114. <https://doi.org/10.1093/infdis/jit212>
32. WHO. (n.d.). *Cholera Factsheet.* Retrieved 21 February 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cholera>
33. Booi, D., & Al-Ayoubi, D. (2015). *Hygiene and Sanitation Promotion towards Cholera Prevention on District Level in Mozambique: A Communication Analysis.* <https://www.semanticscholar.org/paper/Hygiene-and-Sanitation-Promotion-towards-Cholera-on-Booi-D.-Al-Ayoubi/9efa3a1ce74a13d84c7d52795e191164414bcc1a>
34. Anselmi, L., Legarde, M., & Hanson, K. (2015). Health service availability and health seeking behaviour in resource poor settings: Evidence from Mozambique. *Health Economics Review*, 5. <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0062-6>
35. GAVI, VillageReach, & Rao, S. (n.d.). *Caregivers in Mozambique share the barriers they face in vaccinating their children.* Retrieved 21 February 2023, from <https://www.gavi.org/vaccineswork/caregivers-mozambique-share-barriers-they-face-vaccinating-their-children>
36. Källander, K., Counihan, H., Cerveau, T., & Mbofana, F. (2019). Barriers on the pathway to survival for children dying from treatable illnesses in Inhambane province, Mozambique. *Journal of Global Health*, 9(1), 010809. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.010809>
37. Hierink, F., Rodrigues, N., Muñiz, M., Panciera, R., & Ray, N. (2020). Modelling geographical accessibility to support disaster response and rehabilitation of a healthcare system: An impact analysis of Cyclones Idai and Kenneth in Mozambique. *BMJ Open*, 10(11), e039138. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039138>
38. Takeyama, N., Muzembo, B. A., Jahan, Y., & Moriyama, M. (2022). Health-Seeking Behaviors in Mozambique: A Mini-Study of Ethnonursing. *MDPI, Internal Journal of Environmental Research and Public Health.* <https://doi.org/10.3390/ijerph19042462>
39. Trentini, D. (2016). 'THE NIGHT WAR OF NAMPULA': VULNERABLE CHILDREN, SOCIAL CHANGE AND SPIRITUAL INSECURITY IN NORTHERN MOZAMBIQUE. *Africa*, 86(3), 528–551. <https://doi.org/10.1017/S000197201600036X>
40. Démolis, R., Botão, C., Heyerdahl, L., Gessner, B., Cavailler, P., Sinai, C., Magaço, A., Le Gargasson, J., Mengel, M., & Guillermet, E. (2018). A rapid qualitative assessment of oral cholera vaccine anticipated acceptability in a context of resistance towards cholera intervention in Nampula, Mozambique. 36(44), 6497–6505. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.087>
41. Hutchinson, P., Zulliger, R., Butts, J. K., Candrinho, B., Saifodine, A., Eisele, T. P., & Yukich, J. (2022). *Interpersonal communication, cultural norms, and community perceptions associated with care-seeking for fever among under-fives in Magoé district, Mozambique* [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1812489/v1>
42. Almeida de, S. (2022). *Enhancing Community Engagement Through Data Collection: Controlling the Cholera Epidemic in Mozambique.* SSHAP. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/enhancing-community-engagement-through-data-collection-controlling-the-cholera-epidemic-in-mozambique/>
43. Pires, P., Ahmed, A. A., Natercia, I., Correia, L., Ibraimo, M., Remane, M., Tarmamade, J., & Ismail Yacub. (2014). *Conhecimentos sobre cólera em Nampulô, Nampula, Moçambique, 2014.* [http://www.unilurio.ac.mz/unilurio/docs/publicacoes/2015/artigo\\_CCNN\\_Revista\\_CS\\_INS.pdf](http://www.unilurio.ac.mz/unilurio/docs/publicacoes/2015/artigo_CCNN_Revista_CS_INS.pdf)
44. Ripoll, S. (2017). *Contextual factors shaping cholera transmission and treatment-seeking in Somalia and the Somali region of Ethiopia.* Social Science for Humanitarian Action Platform. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/13184>



45. André. (2017, April 11). *Cholera outbreak in Maputo: The impact of insufficient sanitation services and limited access to drinking water* | Sustainable freshwater supply for urbanizing Maputo, Mozambique. <https://sustainablewatermz.weblog.tudelft.nl/2017/04/11/cholera-outbreak-in-maputo-the-impact-of-insufficient-sanitation-services-and-limited-access-to-drinking-water/>
46. Language data for Mozambique. (n.d.). *Translators without Borders*. Retrieved 24 February 2023, from <https://translatorswithoutborders.org/language-data-for-mozambique/>
47. OCHA. (2022). *2022 Mozambique Humanitarian Response Plan (June 2022)*. <https://reliefweb.int/report/mozambique/2022-mozambique-humanitarian-response-plan-june-2022>
48. Mugabe, V. A., Gudo, E. S., Inlamea, O. F., Kitron, U., & Ribeiro, G. S. (2021). Natural disasters, population displacement and health emergencies: Multiple public health threats in Mozambique. *BMJ Global Health*, 6(9), e006778. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006778>
49. ReliefWeb. (2023, January 19). *Mozambique: Cholera Outbreak - Mar 2019* | ReliefWeb. <https://reliefweb.int/disaster/ep-2019-000026-moz>
50. UNICEF. (2021). *Learning focused evaluation of the UNICEF Mozambique response to the L2 emergency in Cabo Delgado 2021*.
51. IFRC. (n.d.). *Cholera Response and Preparedness Process in Mozambique. Gap Analysis Report*.
52. UNHCR. (2022). *Community Engagement and Accountability to Affected Population—Cabo Delgado | Mozambique: Information and Communication Needs Assessment—Final Report, December 2022*.

