



O papel da informação no reforço da literacia sanitária

- O caso da epidemia de Zika em Cabo Verde

**Dissertação para obtenção
do grau de Mestrado em Jornalismo**

Mestrando: Luís Carvalho Gomes da Costa

Orientador: Professor Doutor Pedro Pereira Neto

29 de outubro de 2018

“Investigar significa pagar a entrada
adiantada e entrar sem saber o que
vai ser”: Robert Oppenheimer

O papel da informação no reforço da literacia sanitária



- O caso da epidemia de Zika em Cabo Verde

Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Jornalismo

Mestrando: Luís de Carvalho Gomes da Costa

Orientador: Professor Doutor Pedro Pereira Neto

29 de outubro de 2018

ÍNDICE GERAL

Índice de Figuras

Figura nº 1.....	7
Figura nº 2.....	24
Figura nº 3.....	34
Figura nº 4.....	40
Figura nº 5.....	45
Figura nº 6.....	47
Figura nº 7.....	51
Figura nº 8.....	53

Gráficos

Gráfico nº 1.....	27
Gráfico nº 2.....	28
Gráfico nº 3.....	29
Gráfico nº 4.....	39
Gráfico nº 5.....	61
Gráfico nº 6.....	62
Gráfico nº 7.....	63
Gráfico nº 8.....	65

Tabelas

Tabela nº 1.....	31
Tabela nº 2.....	57
Tabela nº 3.....	58
Tabela nº 4.....	60
Tabela nº 5.....	63
Tabela nº 6.....	64
Tabela nº 7.....	64
Tabela nº 8.....	66
Tabela nº 9.....	67
Tabela nº 10.....	67

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha companheira Belmira Goth por todo o apoio que me dispensou durante esta caminhada. Uma profunda gratidão à minha mãe Marta, ao meu sempre presente pai Joaquim e às minhas filhas Nereida, Jazulina e Carmen e aos meus irmãos que, com carinho e amor, souberam acolher e acompanhar a minha decisão em enfrentar os novos desafios pela busca de conhecimentos e novas oportunidades que a vida me exigiu.

AGRADECIMENTOS

O papel da informação no reforço da literacia sanitária - O caso da epidemia de Zika em Cabo Verde não deixa de ser um tema apaixonante, tendo em conta que estamos perante um caso de estudo inédito em Cabo Verde, pois foi em 2015 que, pela primeira vez, estas ilhas do Atlântico Médio foram assoladas por uma epidemia de Zika, doença essa até então desconhecida entre nós. Daí que alguns estudiosos, nomeadamente brasileiros, tivessem afirmado que o Zika está às portas da África e, logo, as consequências seriam imprevisíveis para um continente onde a debilidade sanitária é notória, assim como o saneamento do meio ambiente. Este modesto trabalho é o resultado de uma investigação intensa, baseada nos trabalhos de terreno, inquéritos e recolha de bibliográficas, embora escassas.

Assim, em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida e saúde que me deu para lutar todos os dias e vencer as dificuldades com que me deparo no dia-a-dia do meu labor.

Agradeço à minha mãe e ao meu sempre presente pai que não pouparam a esforços no sentido de me proporcionarem a educação para que fosse hoje o homem que sou. Um agradecimento afetuoso à minha companheira Belmira Goth, pelo apoio e encorajamento que sempre me dispensou.

Neste rol de agradecimentos, não podia ignorar os apoios que encontrei da parte dos funcionários da Biblioteca Nacional de Cabo Verde (BNCV), que não se cansaram em me disponibilizar as parcas bibliografias relativas à saúde e medicina em Cabo Verde.

Ao Instituto Nacional da Saúde Pública (INSP), também vão os meus agradecimentos por me ter ajudado a traçar a rota do Zika em Cabo Verde.

Por último, de não menos importância, a minha gratidão ao Professor Doutor Pedro Pereira Neto, meu orientador de Mestrado, porquanto os seus conselhos e sugestões foram fundamentais para a realização deste projeto.

A todos, o meu sincero obrigado, a minha gratidão é profunda e eterna!

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ANTIPLÁGIO

Por minha honra, declaro ser o autor deste trabalho de investigação, parte integrante das condições exigidas para a obtenção do grau de mestre em Jornalismo, que constitui um trabalho original e inédito que nunca foi submetido, no seu todo ou em qualquer das suas partes, a outra instituição de ensino superior para a obtenção de um grau académico ou qualquer outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas. Mais, acrescento que tenho consciência de que o plágio poderá levar à anulação do trabalho agora apresentado.

Cidade da Praia, 25 de Outubro de 2018

Luís de Carvalho Gomes da Costa

RESUMO

O tema “O papel da informação no reforço da literacia sanitária - O caso da epidemia de Zika em Cabo Verde”, em que se baseia a nossa dissertação é inédito em Cabo Verde, pelo que, a priori, não foram poucas as dificuldades que experimentámos. Todavia, ao longo da pesquisa conseguimos, modéstia à parte, dar alguma contribuição no sentido de trazermos à luz do dia determinados aspectos relacionados com a epidemia do Zika no arquipélago e suas consequências nefastas para as famílias, cujos bebés nasceram com a microcefalia, depois de as mães, durante a gravidez, terem sido picadas pelo mosquito vetor, *Aedes aegypti*.

O ano de 2015 marca de forma indelével o cabo-verdiano que, pela primeira vez na sua história, se viu confrontado com uma epidemia do Zika. Desconhecido entre este povo ilhéu. O vírus foi identificado em cinco das nove ilhas habitadas do arquipélago.

Para aferirmos o conhecimento da população sobre o Zika, aplicamos um questionário em cinco ilhas e deste estudo concluímos que as pessoas estão bem informadas em relação a este vírus e que as informações contribuíram para aumentar o seu nível de literacia em matéria sanitária.

A conclusão a que se chegou é que a população está muito bem informada em relação à doença, o que, no entanto, não se reflete em relação às atitudes, nomeadamente que têm a ver com as suas responsabilidades atinentes à limpeza das suas casas e meios que a rodeiam.

Deste estudo conclui-se ainda que as informações, através dos *media*, foram ferramentas importantes utilizadas para a promoção da saúde, prevenção da doença, neste caso o Zika.

O vírus Zika constitui um novo desafio para a comunidade médica. Disto dá-nos conta a pesquisadora Débora Diniz (2016) que, segundo ela, o paciente número zero no Brasil é gêmeo com um outro menino, que, porém, não foi afetado pelo vírus.

Palavras-chave: As consequências da epidemia do Zika em Cabo Verde e o papel da informação no reforço da literacia sanitária dos cabo-verdianos

ABSTRACT

”The role of information in strengthening health literacy – The case of the Zika epidemic in Cape Verde” on which my dissertation is based, is an unprecedented topic in Cape Verde. It was therefore difficult to write it. However, I manage during the research, modesty aside, to clarify certain aspects related to the Zika epidemic in Cape Verde and its harmful consequences to families whose babies were born with microcephaly. This is because the mosquito vector *Aedes aegypti* has bitten their mothers during pregnancy.

The year 2015 left an indelible impression on Cape Verdean population who, for the first time, was faced with the Zika epidemic. Unknown to the Cape Verdean people, the Zika virus was identified in five out of nine inhabited islands.

In order to evaluate the Cape Verdean people's knowledge about the Zika virus, a survey of public awareness was carried out in five islands. From this study, I may conclude that people are well informed regarding this virus, that is, the information has helped to increase their level of health literacy.

In conclusion, Cape Verdean people are very well informed concerning the Zika virus but the awareness of this disease doesn't reflect on their attitudes, namely their responsibilities regarding the cleaning of their houses and everything in the surrounding areas.

From this survey, I also conclude that information spread through media, is considered as useful tools to promote health and to prevent disease, namely the Zika virus.

The Zika virus represents a new challenge to the medical community. According to the researcher Débora Diniz (2016), a new case of twins was found in Brazil, that is, the virus affected just one of the twins.

Keywords: The consequences of the Zika epidemic in Cape Verde and the role of information in strengthening Cape Verdean health literacy

ÍNDICE

Introdução

1. Enquadramento específico.....Págs. 7 - 8
2. Objetivos e Metodologias..... Págs. 8 – 9
3. Conceito de Literacia em Saúde..... Págs. 15 – 16
4. Vírus Zika – Conceito.....Págs. 16 – 19
5. Importância da Literacia e Saúde.....Págs. 19 – 23

Capítulo I

Área em estudo

- I.1 Enquadramento geográfico das ilhas de Cabo Verde.....Págs. 24-26
- I.2 Dinâmicas Demográficas..... Págs. 26 -30
- I.3 Dinâmicas Sócioeconómicas.....Págs. 30-33

Capítulo II

Saneamento Básico e os Problemas Socioambientais

- II.1 Saneamento Básico Págs. 33-36
- II.2 Problemas Sócioambientais em Cabo Verde..... Págs. 37 - 41

Capítulo III

Estudo de caso da Epidemia do Zika em Cabo Verde

- III.1 Origem do Zika em Cabo Verde.....Págs. 42-47
- III.2 Evolução do Zika – Dados Comparativos..... Págs. 47-48
- III.3 Origem do Zika em Cabo Verde: Medidas Desencadeadas.....Págs. 48
- III.4 Famílias afetadas pelo Vírus Zika e a microcefalia.....Págs. 48-54

Capítulo IV

O papel dos *media* na sensibilização da população

IV.1 Análise dos Dados do Inquérito.....Págs. 56-67

Considerações finais.....Págs.. 68 -71

Referências Bibliográficas..... Págs 72-76

Anexos

LISTA DE ABREVIATURAS

AICSHP-----	Associação Internacional das Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa
AMA-----	American Medical Association
BNVC-----	Biblioteca Nacional de Cabo Verde
BBC-----	Estação Emissora da Grã-Bretanha
FIFA-----	Federação Internacional de Futebol Associado
CRCV-----	Constituição da República de Cabo Verde
DNOT-----	Diretiva Nacional do Ordenamento do Território
DGIS-----	Direção Geral de Inclusão Social
Inforpress-----	Agência Cabo-verdiana de Notícias
INE-----	Instituto Nacional de Estatística
INSP-----	Instituto Nacional da Saúde Pública
LS-----	Literacia Sanitária
OMS-----	Organização Mundial de Saúde
NLM-----	National Library of Medicine
NE-----	Nordeste
PNS-----	Plano Nacional de Saúde

RCV-----Rádio de Cabo Verde

RNL-----Rede Nacional de Laboratórios

RSI-----Regulamento Sanitário Internacional

RNL-----Rede Nacional de Laboratórios

SVIRE-----Serviço de Vigilância Integrada e Resposta a Epidemias

SDPNE-----Serviço de Desenvolvimento de Pessoas
com Necessidades Especiais

SNS-----Sistema Nacional de Saúde

TACV-----Transportes Aéreos de Cabo Verde

TCV-----Televisão de Cabo Verde

INTRODUÇÃO

Por ser a epidemia do Zika um caso de estudo raro e, também, por ser a primeira vez que bate as portas de Cabo Verde, estes fatores condicionaram sobremaneira o nosso trabalho de pesquisa. Cabo Verde, depois do Brasil, é o primeiro país falante do português a registar casos do vírus Zika importado daquele país da América Latina, conforme revelam estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Também a nível da subregião da Comunidade Económica para o Desenvolvimento de Estados da África Ocidental (CEDEAO), organização de que faz parte Cabo Verde, que se sabe, nunca se fez nenhum estudo sobre o Zika, pois não há notícias de que alguma vez países desta comunidade tenham sido afetados pelo vírus.

Com este trabalho, que não se afigurou muito fácil, mas foi gratificante, pretendemos dar alguma contribuição sobre a presença do Zika em Cabo Verde, assim como aferir o nível da literacia dos cabo-verdianos em relação a este vírus. Quisemos igualmente saber qual foi o papel da informação no aumento desta mesma literacia das populações sobre o Zika.

Entretanto, a literacia deve ser entendida como um processo de aquisição de conhecimentos (não um momento ou estado), e a transmissão via *media* não garante, por si só, o sucesso desse processo, mas pode contribuir para ele.

O vírus identificado em Cabo Verde, segundo a OMS, veio do Brasil. Esta circunstância levou-nos a encetar uma viagem pelas terras do Vera Cruz à descoberta de mais informações relevantes sobre o Zika, o que aconteceu através do livro ZIKA: DO SERTÃO NORDESTINO À AMEAÇA GLOBAL, de Débora Diniz.

Segundo Diniz (2016), no Brasil, o surto do vírus Zika entre os humanos não era um acontecimento extraordinário, uma vez que a doença já era conhecida havia mais de

meio século em países africanos e do sul da Ásia. A novidade, diz a investigadora, “foi o surto de microcefalia¹ associado ao surto de Zika”.

Durante a intensa crise política que o Brasil viveu em 2016, a epidemia do vírus Zika desapareceu das notícias nacionais durante meses, mas permaneceu sendo tema prioritário para os correspondentes internacionais (Diniz, 2016; p: 13).

A presença deste vírus no arquipélago surpreendeu as autoridades sanitárias do país que, no entanto, não pouparam esforços no sentido de combater esta doença e garantir tranquilidade aos cabo-verdianos que foram confrontados com uma epidemia inédita de um vírus que marcou algumas famílias que viram os seus bebés a nascer com a microcefalia, doença essa que vão carregar por toda a vida.

Não obstante o mosquito *Aedes aegypti*², transmissor do vírus Zika, ter sido identificado em Cabo Verde desde 1510 (Santa Rita Vieira, p: 26) o vírus só aportou Cabo Verde em 2015, numa altura em que a transportadora aérea nacional (TACV-Cabo Verde Airlines) realizava dois voos semanais para o Brasil. Daí há quem tenha dito, em jeito de humor, que o Zika viajou nas asas da TACV.

Em Cabo Verde, antes da epidemia, nada se sabia sobre o Zika. O nível do conhecimento das pessoas em relação a este vírus era praticamente inexistente. O vírus encontrou no país condições favoráveis ao seu desenvolvimento e rápida disseminação: mosquitos, saneamento precário e uma fraca vigilância epidemiológica.

Os primeiros casos registaram-se no maior Hospital do país, ou seja, Hospital Dr. Agostinho Neto, que informou as autoridades sanitárias do país de um evento pouco comum caracterizado, segundo Teixeira (2016) por exantema maculopapular pruriginoso³.

Diante desta enfermidade desconhecida, foi accionado o Serviço de Vigilância Integrada e Resposta às Epidemias (SVIRE) que, com o apoio da Rede Nacional de Laboratórios (RNL) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), providenciou o envio ao Instituto Pasteur de Dakar (Senegal) de 64 amostras para estudo de potenciais agentes etiológicos, de entre os quais o vírus Zika. O quadro clínico dos pacientes, de

¹ Malformação congénita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada (OMS).

² Mosquito de cor escura com listras nas patas, que mais parece uma zebra voadora

³ Erupção da pele caracterizada por vermelhão de maior ou menor intensidade com comichão

acordo com Teixeira, era semelhante ao descrito nos documentos da OMS para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) sobre a circulação do vírus Zika no Brasil e noutros países da América Latina.

Entretanto, antes de o Instituto Pasteur comunicar ao país que das 64 amostras enviadas, 17 foram positivas, o povo, na sua ignorância, baptizou a virose, ainda sem nome, de *Ferro Gaita*⁴, isto porque as coceiras surgiam, sobretudo nos braços, por serem partes do corpo humano mais expostas às picadas dos mosquitos, assim como as pernas. Aliás, esta é a razão por que alguns estudiosos justificam que as mulheres são mais afetadas pelas picadas desses insetos voadores do que os homens e, logo, mais vulneráveis ao vírus Zika. Na base disto está o vestuário das mulheres (vestidos curtos, *shorts*, saias, etc), que as expõe mais do que aos homens às picadas de mosquitos.

Depois de conhecida a doença, as autoridades desdobraram-se em esforços com vista a prepararem a população a fazer face à epidemia que, até à semana 15 de 2016, de acordo com o SVIRE, tinha registado um total acumulativo de 7547 casos suspeitos e confirmados de infecção por vírus Zika nas ilhas de Santiago, Fogo, Maio, Boa Vista e Brava.

Para fazer face a esta doença que não tem cura, mas a prevenção se revelou fundamental, as autoridades socorreram-se dos *media* para travarem uma luta sem quartel contra o mosquito vetor do vírus, sensibilizando a população sobre os cuidados que deve ter, assim como o comportamento, em ordem à eliminação do referido inseto voador.

Assim, o estudo que aplicámos nas ilhas tocadas pelo referido vírus revelou quão importância tiveram os *media* no que tange ao conhecimento por parte das pessoas sobre uma doença que era totalmente desconhecida em Cabo Verde.

Segundo Glik (2004), múltiplas pesquisas têm mostrado que os *media* são uma importante fonte de informação sobre a saúde para o público em geral.

⁴ Vem da combinação dos dois instrumentos: o ferro (pedaço de metal tocado com uma faca) e gaita (tipo de acordeão) utilizados na música tradicional cabo-verdiana (Funaná), um dos mais antigos géneros musicais do arquipélago.

Nos dias de hoje, é inquestionável o papel dos *media* na literacia em saúde das populações. Não obstante as dificuldades que se colocam ao tratamento jornalístico das questões de saúde, os *media* são ferramentas cada vez mais utilizadas para a promoção da saúde, prevenção da doença e comunicação de risco, como é o caso de epidemias e doenças graves, como o Zika.

Como refere Mesquita (2004, p. 271), citando a declaração da UNESCO de 1983 sobre os *media* “... a informação é entendida como um bem social e não como um simples produto. Isso significa que o jornalista partilha a responsabilidade da informação transmitida, sendo, portanto, responsável, não só perante os que controlam os *media*, mas, em última análise, perante o grande público, tomando em conta a diversidade dos interesses sociais”. Isto reforça a nossa convicção de que a comunicação social é instrumento importante na luta contra a disseminação do vírus Zika. No caso de Cabo Verde, os *media* tiveram um papel preponderante na divulgação da forma como se transmite este vírus que se revelou altamente prejudicial à saúde. Aliás, a comunicação social deu conta que com a chegada deste vírus ao país se registou um aumento acentuado de recém-nascidos com a microcefalia.

De acordo com o mesmo autor, “a responsabilidade social do jornalista exige que ele atue em todas as circunstâncias em conformidade com a sua própria consciência ética” Mesquita (2004, p. 271).

Numa comunicação por ocasião do I Congresso da Associação Internacional das Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa, intitulada Qualidade da promoção da saúde nos *media* em Portugal: o caso do Ébola, Aroso, cit. Guerra (1961, p. 91), fez saber que diversas entidades de saúde passaram a utilizar os *media* com objetivos de prevenção e promoção da saúde pública. Uma das premissas nas quais assenta este desígnio é relativa à tendência da medicina das últimas décadas em considerar que, mais do que ter uma função curativa, o serviço de saúde deve ser preventivo.

Alguns autores, segundo Aroso, têm investigado os possíveis efeitos nefastos dos *media* em matéria de saúde pública. Cardia, (1965, p. 28) já afirmava que: “muitos dos artigos e notícias que a imprensa leiga publica podem considerar-se mal feitos, nefastos, mesmo, mas outros são indubitavelmente úteis e contribuem para a tão necessária educação sanitária das populações”.

Os *media* têm a função de “sintetizar e simplificar a informação, facilitando a identificação de referentes e permitindo aos públicos que reconheçam situações e tipos sociais insiders ou outsiders” (Ferin, 2009, p. 199).

Paralelamente às medidas adotadas, desencadeou-se, através dos *media*, uma ampla campanha de sensibilização das populações, além de utilização de outras formas de comunicação, como panfletos, flyers e desdobráveis distribuídos por todo o país.

Segundo Dos Santos (1992, p. 30) “...O processo de comunicação não passa de um processo de persuasão”.

De acordo com este autor, citando The People’s Choice (A Escolha do Povo), “à comunicação de massas foi atribuído o estatuto de onipotência na manipulação do comportamento dos indivíduos”.

Os órgãos de comunicação social, sobretudo as televisões e as rádios, tiveram um papel extraordinário no aumento do conhecimento das pessoas em relação a uma doença inédita no país e com consequências desastrosas para as famílias diretamente afetadas pela epidemia.

McCombs e Shaw, cit. Serra (2009), mostram como que os *media* podem influenciar na mudança da mentalidade das pessoas em relação ao ambiente, afirmando que “os *media* não só nos dizem sobre o que podemos pensar, como também nos dizem como pensar sobre isso; portanto, conseqüentemente, o que pensar”.

Por sua vez, Mesquita, citando Jean-Pierre Meunier, diz que os *media* “não constituem um poder absoluto, mas condicionam fortemente o contexto político, social e económico”.

Ainda Mesquita, cit. (Elliott, p. 37, s.d) a responsabilidade do jornalista deriva do poder dos meios de comunicação, “que se traduz na dependência dos cidadãos em relação aos *media* e aos jornalistas quando pretendem saber «o que a sociedade espera deles e o que eles devem esperar da sociedade».

Referindo-se à importância da comunicação social, Évora, cit. Van Dijk (2005), destaca que o poder dos *media* não se restringe à influência que têm sobre a audiência, mas abrange também o papel que têm num quadro mais vasto das estruturas sociais, culturais, políticas ou económicas de uma determinada sociedade.

Além dos meios de comunicação social tradicionais, deve-se, também, realçar o papel das redes sociais, enquanto ferramentas de jornalismo participativo, na luta contra o vírus Zika em Cabo Verde.

Aroso, num estudo publicado, demonstra como que as redes sociais constituem uma “ferramenta essencial do jornalismo participativo, permitindo a colaboração do cidadão comum em todo o processo jornalístico”.

Ainda Aroso, cit. Rodrigues (2008), diz que “O jornalismo participativo, apesar de anunciar algumas vantagens, como por exemplo fazer ouvir novas vozes, apresentar um olhar fresco sobre os temas, preconizar relações interessantes entre jornalistas e leitores, representa também algumas fragilidades, uma vez que são necessárias cautelas redobradas como a especulação, as fontes anónimas e a fiabilidade das informações transmitidas”.

Em Cabo Verde, não obstante o país dispor de uma internet bastante avançada para o contexto africano, nota-se que as redes sociais foram utilizadas de forma incipiente na luta contra o Zika. Não se tirou melhor partido desta forma de comunicação que, nos dias de hoje, reputa de uma importância extraordinária.

Aroso, num estudo intitulado *As redes sociais como ferramentas de jornalismo participativo nos meios de comunicação regionais: um estudo de caso*”, conclui que as redes sociais são uma “ferramenta essencial do jornalismo participativo, permitindo a colaboração do cidadão comum em todo o processo jornalístico”.

Este estudo permitiu-nos, como se pode verificar mais à frente, aferir o papel dos meios de informação no aumento da literacia sanitária dos cabo-verdianos. Estamos num país, onde a taxa de alfabetização atinge 89% (por cento) na população adulta, enquanto nas pessoas de idade compreendida entre 15 e 24 anos esta taxa sobe para 98,9% (CNE-2017).

1. Enquadramento específico

Em Cabo Verde, de acordo com a Constituição da República⁵ a informação desempenha um papel importante, visando um desenvolvimento não só político e económico, mas também social. É nesta perspetiva que vimos a informação a ter um poder extraordinário no reforço da literacia sanitária das pessoas e, logo, contribuindo para elevar o nível de vida que almejam os homens e mulheres destas dez ilhas implantadas em pleno Oceano Atlântico.

Em outubro de 2015, (Teixeira et al. 2016), num artigo publicado na Revista da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos, o Hospital Central da Praia informou as autoridades sanitárias de um evento pouco comum caracterizado por erupção na pele. Esta situação, prossegue, levou o Serviço de Vigilância Integrada e Resposta às Epidemias (SVIRE), com o apoio da Rede Nacional de Laboratórios, a investigar a situação que culminou com o envio ao Instituto Pasteur de Dakar de 64 amostras para estudo de principais agentes etiológicos, de entre os quais o vírus Zika.



Figura nº 1 – Bebé com microcefalia

Fonte: Jornal A Nação, pág A11 (2016), edição de 22 de Dezembro

³ Constituição da República de 1992, publicada no dia 25 de Setembro, que consagrou a liberdade de imprensa, como um dos fundamentos basilares da democracia e estabeleceu os princípios gerais que devem reger uma comunicação social em democracia.

De acordo com Teixeira et al. (2016), o quadro clínico dos pacientes nacionais era semelhante ao descrito nos documentos informativos postos a circular pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu site para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) sobre a circulação do vírus no Brasil, país com o qual o arquipélago tem ligações aéreas semanais.

Entretanto, ao contrário do que se podia esperar, o Zika não provocou danos colaterais à economia nacional, que tem o turismo como um dos seus principais factores de desenvolvimento. Isto ficou a dever-se à pronta resposta das autoridades sanitárias do país que não se pouparam a esforços no sentido de controlar a situação, utilizando para o efeito os órgãos de comunicação social.

2. Objetivos e Metodologias

O objetivo deste estudo é de analisar:

- Papel da informação no reforço da literacia sanitária, neste caso, sobre o flagelo do Zika em Cabo Verde;
- Impacto da epidemia de Zika em Cabo Verde em determinados sectores, nomeadamente na economia nacional, em que o turismo é tido como um dos principais fatores de desenvolvimento do país.
- O papel da informação na sensibilização não só das pessoas, como também das autoridades em relação ao saneamento do meio ambiente que é um dos fatores facilitadores do desenvolvimento dos mosquitos que atuam na transmissão dos vírus provocadores de doenças.
- Aspectos sociodemográficos e tentar demonstrar a manifestação do vírus Zika nas ilhas de Santiago, Fogo, Maio, Boa Vista e Brava.
- Relativamente à dinâmica socioeconómica, procuraremos indicar como que as famílias de crianças afetadas pela microcefalia, uma consequência do vírus Zika, se viram, de um momento a outro, as suas vidas a mudarem-se completamente.
- Por último, vamos nos debruçar sobre o desempenho do Sistema Nacional de Saúde na luta contra o Zika.

No quadro da metodologia utilizada para alcançarmos os objetivos propostos com este estudo, recorreremos a algumas bibliografias relacionadas com as epidemias registadas a nível de alguns países, assim como estudos relacionados com o meio ambiente que, como se sabe, está intrinsecamente ligado à saúde das pessoas.

Na segunda fase, realizámos um trabalho de campo que consistiu na recolha de informação através de contacto direto com a população, no sentido de entendermos a forma como o vírus Zika interferiu no seu dia-a-dia, assim como a captação de imagens com as quais ilustramos o nosso trabalho.

Aplicámos um questionário com vista a termos uma apreciação do papel dos órgãos de comunicação social na luta contra o Zika em Cabo Verde; medir o nível de conhecimento, atitudes e práticas da população em relação a este vírus e a sua forma de transmissão. O questionário abrangeu as ilhas de Santiago, Fogo, Maio Brava e Boa Vista, as quais foram afetadas por esta epidemia, compreendendo um total de 192 inquiridos distribuídos da seguinte forma: Santiago 133; Fogo 19; Boa Vista 18; Maio 12 e Brava 9.

O inquérito abrangeu indivíduos de vários estratos sociais, desde estudantes do ensino primário, secundário e superior, passando por professores, profissionais de saúde, funcionários públicos, jornalistas, e desempregados. A recolha desses dados, feita em suporte de papel, decorreu entre 10 de Setembro a 31 de Outubro de 2017.

Na terceira fase, passámos ao processamento da informação dos dados recolhidos, através da elaboração de gráficos e tabelas que se verificam ao longo do trabalho. Com o recurso do Software Excel procedemos à construção dos gráficos e das tabelas.

Do ponto de vista de estrutura, o trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, a saber:

CAPÍTULO I – O PAPEL DOS *MEDIA* NA LITERACIA EM SAÚDE

Neste capítulo, tentámos analisar o papel dos *media* na literacia em saúde das populações. Apesar das dificuldades que se colocam ao tratamento jornalístico das questões de saúde, os *media* são tidos como ferramentas cada vez mais utilizadas para a promoção da saúde, prevenção da doença e comunicação de risco, como é o caso de epidemias e doenças graves, como o Zika.

Segundo Glik (2004), múltiplas pesquisas têm mostrado que os *media* são uma importante fonte de informação sobre saúde para o público em geral.

CAPÍTULO II - ÁREA EM ESTUDO

O Arquipélago de Cabo Verde localiza-se aproximadamente a 455 km da Costa Ocidental Africana, entre os paralelos 17° 13' e 14° 18' de latitude norte e entre os meridianos 22° 42' e 25° 22' de longitude oeste de Greenwich e a 1400 km a sul sudoeste (SSW), das Canárias.

As características geográficas e climáticas do arquipélago fazem com que o país seja permanentemente confrontado com um grave défice de recursos hídricos com efeitos críticos sobre o abastecimento de água, a produção alimentar e o saneamento básico. Em certas ilhas e nos centros urbanos mais populosos de Praia e Mindelo, o aprovisionamento regular de água potável é assegurado pela dessalinização da água do mar.

O fato de Cabo Verde ser um arquipélago condiciona o desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde e das respostas aos problemas do setor, acarretando custos extremamente elevados. Isola populações e a sua dispersão em localidades remotas e de difícil acesso interfere com a organização e prestação de cuidados de qualidade. Por outro, exige a existência de boas estradas e de meios de transportes aéreos e marítimos regulares e economicamente acessíveis à maioria das populações, como elementos fundamentais para o acesso às instituições de saúde e a evacuação rápida e segura de pacientes.

CAPÍTULO III – PROBLEMÁTICA DO SANEAMENTO

Neste capítulo, analisa-se a problemática do saneamento básico, sobretudo na capital do país (Praia), que é apontada como um dos fatores que estão na origem da proliferação de mosquitos e, logo, no surgimento de epidemias de doenças como Zika, Paludismo e Dengue

Segundo o especialista em Saúde Pública, Tavares (2017, cit. Inforpress), a Cidade da Praia precisa resolver os problemas de água, esgoto, drenagem e resíduos sólidos para poder dar combate aos mosquitos e às doenças provocadas pela infestação desses nos habitats (exemplo da foto nº 2).

CAPÍTULO IV – ESTUDO DE CASO DA EPIDEMIA DE ZIKA EM CABO VERDE

A chegada do vírus Zika a Cabo Verde foi uma questão de tempo. Com voos regulares, ligando o arquipélago ao Brasil, era de se esperar que este vírus aportasse as ilhas cabo-verdianas. Aliás, houve quem dissesse, em jeito de humor, que o Zika viajou nas asas da TACV-Cabo Verde Airlines.⁶

Este vírus, não sendo autóctone, foi importado e daí se questiona por que razão as autoridades nacionais não decretaram quarentena nas viagens ao Brasil.

Estudos feitos pela OMS revelam que o vírus Zika encontrado em Cabo Verde é o mesmo que circula no Brasil, o que levou o professor Cristovam Barcellos a considerar que a concentração de mosquito Aedes no arquipélago, assim como a problemática do saneamento com que se depara o país, são condições propícias para uma eventual epidemia, o que veio a acontecer.

⁶ Empresa cabo-verdiana de transportes aéreos

CAPÍTULO V - ANÁLISE DOS DADOS DO INQUÉRITO

Com vista a uma aferição sobre o contributo que a informação deu, por um lado, no esclarecimento das populações sobre o vírus Zika e, por outro, a forma como contribuiu para aumentar o nível de literacia sanitária das pessoas, foram escolhidas as ilhas de Santiago (a maior e a que alberga mais da metade da população de Cabo Verde), Fogo, Brava, Maio e Boa Vista.

Foi inquirido um total de 192 pessoas, como se verifica na tabela nº 2.

69,8 por cento (%) das pessoas inquiridas estão em Santiago contra 9,9% no Fogo, 9,4% na Boa Vista, 6,3% no Maio e 4,7% na Brava.

I. 2. Estado da arte

Nesta investigação foi preciso recorrer à recolha de dados para a revisão bibliográfica de diferentes temáticas de carácter científico que abordam questões relativamente ao presente estudo.

A epidemia de Zika é muito recente em Cabo Verde, pelo que a recolha de dados nesta temática se torna bastante reduzida. Contudo, foram examinados alguns trabalhos nomeadamente artigos científicos, relatórios, entre outros, que passamos a citar.

“A chegada do Zika brasileiro a Cabo Verde (África) é um sinal de alerta para o alastramento da cepa do vírus que aqui circula, tornando o arquipélago numa porta de entrada do vírus para o continente africano”, Barcellos (2016).

Segundo este pesquisador, “o mosquito se reproduz mais rapidamente em locais de clima quente” e Cabo Verde é o país africano onde prevalece este tipo de clima.

Em Cabo Verde, à semelhança do que acontece no Brasil, conforme explica Barcellos, há alta concentração de mosquitos Aedes, capaz de disseminar a doença, assim como áreas que não contam com o saneamento básico adequado.

Para a OMS (2016), a existência do vírus Zika em Cabo Verde é motivo de preocupação porque é mais uma prova de que o surto se está espalhando para além da América do Sul e se encontra à porta da África.

A OMS para África recomenda como primeiro passo aumentar a comunicação de risco para mulheres grávidas, consciencializando-as sobre as complicações associadas ao tipo asiático do vírus Zika e promovendo medidas de proteção para evitar picadas de mosquito, bem como a transmissão sexual. Além disso, os países devem aumentar sua vigilância para a transmissão do vírus e malformações congénitas, como microcefalia e Síndrome de Guillain-Barré.

Para Santa Rita Vieira (1987), a existência do mosquito *Aedes aegypti*, que transmite o vírus Zika, “começou com o povoamento do arquipélago, iniciado pela ilha de Santiago, em 1461. Ressalva, por outro lado, o fato de o país ter sido povoado com indivíduos provenientes da Europa e da África, que transportavam a patologia dos dois continentes.

De acordo com Santa Rita Vieira “as condições ambientais terão contribuído para a eclosão de vários surtos de epidemias de doenças como a febre amarela e o paludismo”.

A Coletânea de Legislação sobre a Comunicação Social (2016) reúne toda a legislação cabo-verdiana produzida até ao momento em matéria de comunicação social, o que facilita, sobremaneira aqueles que a consultam para diversos fins.

“Contribui, igualmente, para a divulgação do quadro jurídico-legal da atividade de comunicação em Cabo Verde”, refere, ainda, aquele documento.

Dinis (2016), “os pesquisadores sequenciaram o DNA do vírus e concluíram que não era o mesmo da linhagem africana, conhecido no Uganda desde 1947, mas o da família asiática. Estudos indicam que o vírus detetado em Cabo Verde é o mesmo que foi encontrado no Brasil”.

Oliveira (2017) no seu trabalho de investigação sobre o meio ambiente e *mídia* faz a abordagem acerca dos meios de comunicação de massa que desempenham um papel primordial nos processos de formação de opinião sobre a problemática ambiental e a

atuação da *mídia*, enquanto construtora do conhecimento e sua interface com a educação ambiental.

Rosa (1982; p. 16), realça que é necessário que se crie uma “consciência crítica” e visão de um mundo capaz de proporcionar mudanças na vida humana na luta a favor da defesa do meio ambiente.

Mesquita (2003) enfatiza o poder dos *mídia*, o que nos ajuda a compreender melhor o papel da informação no reforço da literacia sanitária – O caso da epidemia do Zika em Cabo Verde.

Por sua vez, Nogueira e Remoaldo, numa publicação intitulada Olhares Geográficos sobre a Saúde apresentam uma perspectiva de como os espaços geográficos podem influenciar na saúde do ser humano.

O Jornal Expresso das Ilhas, numero 743, 24 de Fevereiro de 2016, a páginas 19-21, aborda, num artigo, a problemática da epidemia de Zika em Cabo Verde.

O Jornal A Nação, número 486, de 22 de Dezembro de 2016, a páginas A10-A11, fala das consequências do Zika nos primeiros recém-nascidos com microcefalia.

Ainda o “A Nação”, na sua edição de 28 de Janeiro de 2015, através de uma declaração do consultor em turismo, Victor Fidalgo, alerta para as implicações económicas que a epidemia do Zika poderá provocar na economia nacional.

No quadro da nossa dissertação e, porque, pensamos, o tema assim o permite, vamos abordar questões relacionadas com a política de saúde em Cabo Verde; população em risco, prevenção primária, prevenção secundária e terciária.

Propomos, igualmente, recolher junto do Instituto Nacional de Saúde Pública dados sobre o Zika em Cabo Verde, assim como trabalho de terreno com as famílias que, de um momento a outro, viram as suas vidas a transformarem-se por causa de um filho que nasceu com a microcefalia, porque durante a gestão a mãe contraiu o vírus Zika.

3. Conceito de Literacia em Saúde

O termo Literacia em Saúde é um conceito emergente que envolve as áreas de saúde e literacia, as quais são fundamentais para a vida do dia-a-dia. O nosso nível de literacia afeta diretamente as nossas capacidades para agir sobre informações e também para uma melhor gestão da nossa própria saúde, dos familiares e das comunidades (Fawcett, 2010). Foi inicialmente introduzido na década de 70 com o objetivo de alertar para a necessidade da inclusão de conceitos de saúde no currículo escolar (Loureiro, 2012). Desde aí, o conceito de Literacia em Saúde tem vindo a evoluir captando a atenção de várias áreas do saber como por exemplo a área de saúde pública, da saúde mental, da educação e dos cuidados em saúde. Apesar de ter sido introduzido no glossário da OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1998, ainda não se encontra claramente definido nem é consensual (Mancuso, 2008).

O conceito de saúde, segundo a OMS, não é apenas a ausência de doença mas também a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (Segre & Ferraz, 1997). É da competência do indivíduo zelar pela sua saúde e pela dos que o rodeiam, seja através de medidas simples como a alimentação cuidada e prática de exercício, mas também através do cumprimento das indicações e terapêuticas médicas de forma a promover a sua saúde. Esta promoção é mediada pelo seu nível de Literacia em Saúde que desempenha um papel preponderante na capacidade de compreender a informação influenciando os outcomes (resultados) em saúde. São várias as definições de “Literacia em Saúde”, sendo que as que são mencionadas mais frequentemente são a da American Medical Association (AMA), a da National Library of Medicine (NLM) e da OMS (Speros, 2005). A AMA define Literacia em Saúde como um conjunto de aptidões, incluindo a capacidade para exercer tarefas básicas de leitura, escrita e numéricas necessárias num ambiente de cuidados de saúde. Tem como limitação a não inclusão de contextos comunitários e de trabalho assim como a competência de comunicação verbal, interação social e ação (Speros, 2005).

Segundo Gonçalves, (2003 cit. Sørensen) a literacia em saúde define-se como o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter, compreender, avaliar e aplicar a informação de forma a fazer juízos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde. Assim, a literacia em saúde promove a autonomia do

utente no controlo da sua saúde e determina a forma como os sistemas de saúde são utilizados.

Para a autora, os doentes com literacia reduzida apresentam menor frequência de utilização de serviços preventivos, que conduz a diagnósticos tardios, problemas com a capacidade de compreensão da sua situação clínica, com a adesão face às instruções médicas e maiores taxas de hospitalização e, portanto, redução da eficácia do tratamento (Santos, 2016). Assim sendo, esta capacidade surge como fator influente nos custos, uma vez que o seu nível pode afetar a morbilidade e a mortalidade populacional, bem como a utilização mais assertiva dos sistemas de saúde.

4. Vírus Zika – Conceito

O Zika, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um vírus do género Flavivirus transmitido por espécies do mosquito *Aedes aegypti*, responsável também pela Dengue e pela Chikungunya. Há evidências que o vírus Zika possa ser transmitido por via sexual e por transmissão vertical (mãe-filho).

Segundo Diniz (2016, p. 37) “este vírus foi isolado pela primeira vez em 1947, a partir de um macaco sentinela rhesus, em um estudo sobre a febre amarela“.De acordo com esta autora, o vírus Zika recebeu este nome devido à floresta onde foi identificado, no Uganda (no leste da África). No seu estudo, revela que foi em 1952, no Uganda, que este vírus foi isolado em humanos e, desde então, tem estado em circulação em mais de 60 países e territórios.

“Em 48 deles (países) houve o surto pela primeira vez a partir de 2015”, indica a investigadora, acrescentando que desde o primeiro registo de adoecimento até o surto de 2007, na ilha Yap, foram reportados na literatura médica pouco mais de dez casos de doença em 57 anos de publicações. Isso tudo mudou com os surtos de 2007 (ilha Yap), 2013 (Polinésia Francesa) e 2015 (Brasil)” Diniz (2016, p. 37).

De acordo com a investigadora Diniz (2016), o Zika provocou uma epidemia no Gabão (África) em que o vetor foi o mosquito *Aedes albopictus* e outra na ilha Yap.

Na Polinésia Francesa, conforme escreve Diniz (2016), em 2013, foi registado o maior surto do Zika fora do território africano antes da chegada da doença ao Brasil.

Por sua vez, Pagan (2016, cit. Barcellos⁷) explica que em finais da década de 40, o Zika circulava mais entre macacos que entre seres humanos e desencadeava uma doença de evolução benigna, autolimitada, cujos sintomas envolviam febre e conjuntivite.

O epidemiologista Eduardo Maranhão⁸ comenta que, nesse momento, o Zika já estava presente em muitos países, como Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Egito, Etiópia, Gabão, Costa do Marfim, Quênia, Moçambique, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Somália, Tanzânia, Camboja, Indonésia, Malásia, entre outros.

A primeira contaminação em humanos, segundo a OMS, registou-se em 1952, no Uganda e na Tanzânia (África). Foram registados surtos da doença do vírus Zika em África, nas Américas, na Ásia e no Pacífico. Entre os anos 1960 e os anos 1980, foram encontradas infeções humanas em África e na Ásia, normalmente acompanhadas de doença ligeira. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/pt/> consultado no dia 23/09/2017, às 4:39 PM).

Pagan (2016, cit; Barcellos) diz que foi na Oceania onde o Zika sofreu a mutação que o transformou no tipo de vírus que chegaria ao Brasil.

Por meio de sequenciamento genético de nova geração, pesquisadores do Instituto Evandro Chagas, da Universidade de Oxford e de outras instituições ao redor do mundo, elaboraram um método para analisar como se deu a chegada do Zika ao Brasil.

O estudo, publicado no periódico científico Science, revela que todas as amostras do Zika que circulam nas Américas, inclusive no Brasil, têm um antecessor em comum: a cepa de vírus que circulou em 2013 na Polinésia Francesa (Oceania).

Outros cientistas dizem, porém, que a ausência de amostras de outros países – principalmente do Leste da Ásia – faz com que ainda não seja possível afirmar com 100% de certeza que o vírus que chegou ao Brasil veio mesmo da Polinésia Francesa. (http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160324_zika_hipotese_copa_rm, consultado às 10:24, do dia 22 /09/2017)

⁷ - Coordenador do Laboratório de Informação em Saúde e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz (Brasil).

⁸ Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (Brasil).

Eles descobriram também que o vírus chegou ao Brasil provavelmente no ano de 2013, entre os meses de maio e dezembro. Esse período de tempo coincide com um aumento do fluxo de pessoas de países com endemia de Zika para o Brasil.

Outra ideia popular era de que o vírus teria chegado às terras de Vera Cruz durante o Campeonato Mundial de Canoagem de Velocidade e o Mundial de Futebol, ambos realizados em 2014, eventos esses que fizeram deslocar-se àquele país de América Latina centenas de milhares de pessoas. No entanto, essa teoria também foi descartada pela pesquisa.

Para rastrear as origens de um vírus, é preciso estudar a genealogia genética dele. No caso do Zika, os pesquisadores analisaram o código genético de sete amostras colhidas no Brasil, tendo descoberto que todos os vírus estavam relacionados diretamente, o que sugere que a infecção foi levada ao Brasil por apenas uma pessoa.

As descobertas, divulgadas na publicação científica *Science*, sugerem que o Zika chegou àquele país entre maio e dezembro de 2013.

Isso foi muito antes de os primeiros casos terem sido detetados, em 2015.

“Perdemos a Copa de 2014, mas ganhámos o vírus Zika” (Diniz, 2016: 31), citando o humor brasileiro que estabeleceu a ligação entre a realização do Mundial de Futebol, pela FIFA, de 12 de junho a 13 de julho de 2014, em 12 estados brasileiros e o aparecimento do Zika.

Diniz (2016), no seu trabalho de investigação, conta a história recente da epidemia a partir de seus protagonistas sertanejos: as dores das mulheres afetadas, o entusiasmo dos cientistas descobridores, a dedicação das médicas cuidadoras e a resiliência de todas para enfrentar a epidemia que o Estado brasileiro não controla nem à qual destina políticas públicas adequadas.

Para Diniz (2016), o vírus Zika constitui um novo desafio para a comunidade médica, pois, segundo a pesquisadora, o paciente número zero no Brasil é gêmeo com um outro menino, que porém, não foi afectado pelo vírus.

Hoje, pergunta-se por que razão o país berço do Zika (Uganda) nunca teve uma epidemia da doença provocada por este vírus.

Lutwama⁹ (2016), em entrevista à BBC¹⁰, explica que o motivo se deve, em grande parte, ao tipo de *Aedes aegypti* encontrado no Uganda. “A subespécie de *Aedes aegypti* que temos — o *Aedes aegypti formosus* — é diferente daquela encontrada na América do Sul, o *Aedes aegypti aegypti*. O mosquito daqui pica mais animais do que humanos”.

Para este mesmo investigador, esse mosquito vive na floresta e costuma se alimentar à noite. Mesmo que um ser humano seja picado e venha a desenvolver a doença, a probabilidade de ela se alastrar é baixa, por causa da ausência do vetor nas áreas urbanas. Ou seja, se não há mosquitos para espalhar o vírus, dificilmente haverá uma epidemia. Outro fator que impede o desenvolvimento da doença são as características geográficas e climáticas do Uganda.

Segundo ele, diferentemente de outros locais que enfrentaram surtos de Zika, o país manteve suas florestas razoavelmente intactas, preservando o habitat natural do mosquito.

De acordo com Lutwama, esse mosquito vive predominantemente nas florestas e com a desmatamento destas o mosquito terá migrado para as zonas urbanas e evoluído, passando a se alimentar do sangue de seres humanos.

A forte predominância de chuvas, típicas do clima do Uganda, explica o investigador, também teria contribuído para evitar uma epidemia da doença Lutwama (2016).

5. Importância da Literacia em Saúde

Ao longo das últimas décadas tem havido um interesse crescente no conceito de Literacia em Saúde, acompanhado por uma maior ênfase no papel e responsabilidades dos cidadãos na saúde e cuidados de saúde. A Literacia em Saúde, como tópico de investigação, foi apontada por numerosos estudos que sugerem que este conceito pode ter um importante papel na manutenção e melhoria da saúde devendo, por isso, ser um parâmetro a explorar quando se encontram disparidades nas condições de saúde (Doyle,

⁹ Virologista do Instituto de Uganda de Pesquisa de Vírus (Urvi, na sigla em inglês).

¹⁰ Estação Emissora da Grã-Bretanha, em língua portuguesa para o Brasil.

2012). O grande número de pessoas afetadas por um baixo nível de Literacia em Saúde, os fracos *outcomes* (resultados) em saúde, o aumento das doenças crónicas, o aumento dos custos dos cuidados, o aumento da procura de informação e a equidade em termos de condição de saúde individual são os fatores identificados que justificam a importância desta literacia em iniciativas de promoção de saúde individual e populacional (Fawcett, 2010).

De acordo com a Unesco, prossegue Gonçalves (2015), cerca de 16% da população mundial (776 milhões de adultos) tem falta de capacidades básicas de literacia.

Cerca de 40 milhões de americanos adultos têm um nível muito baixo de literacia numa investigação a nível nacional. No Reino Unido, uma investigação com 2000 pessoas adultas demonstrou que uma em cada cinco tem dificuldade em compreender informação básica de saúde. Também no Canadá, 60% dos adultos tem falta de capacidades em obter, compreender informação e com base nisso agir de forma assertiva com a sua saúde e com os serviços de saúde, Gonçalves (2015). Resultados semelhantes ocorrem em outros países (Fawcett, 2010).

Esta larga abrangência torna a Literacia em Saúde um tema pertinente e relevante a nível mundial e, em particular, é importante estudar e conhecer este fenómeno em Cabo Verde para que se possa agir em prol do bem-estar da população cabo-verdiana. A razão pela qual a literacia é importante é porque mesmo a mais básica capacidade de literacia funcional possibilita as pessoas desenvolver o seu conhecimento e melhorar o seu potencial para atingir objetivos pessoais, e através disto para participar mais na sociedade, tanto económica e socialmente. (Nutbeam, 2009). Perante este cenário, não é surpreendente encontrar que os níveis de literacia numa população estão associados tanto direta e indiretamente, com uma gama de *outcomes* (resultados) de saúde (Nutbeam, 2009).

Apesar de baixos níveis de literacia estarem associados com a educação, etnia, rendimento e idade, que são fatores de risco para a saúde, vários estudos demonstraram que ter capacidades limitadas de literacia também pode funcionar como um risco independente devido a erros na terapêutica medicamentosa e fraco entendimento da doença e dos respetivos tratamentos. Um estudo sobre a relação entre a literacia e os

outcomes de saúde conclui que literacia limitada encontra-se, também, associada a várias situações adversas como o elevado número de hospitalizações e a não prevenção de doenças (Fawcett, 2010).

Prosseguindo, Gonçalves (2015) faz saber que vários estudos sobre os custos económicos do baixo nível de literacia surgiram nos Estados Unidos. Destes pode-se destacar dois autores: Baker (2002) e Eichler (2009).

1-O primeiro concluiu que os utentes de hospitais públicos com literacia em saúde limitada tinham maior probabilidade de serem hospitalizados, duas ou mais vezes, do que aqueles que tinham uma literacia em saúde adequada. Esta maior taxa de hospitalização conduz a um maior uso de recursos e conseqüentemente a um aumento de gastos dos sistemas de saúde (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2004); cit. Gonçalves 2015).

Quando se fala de doentes crónicos, na perspetiva da autora do estudo, “a Literacia em Saúde desempenha um papel fundamental na sua vida” Gonçalves (2015, p. 21-59).

“Para gerir uma doença crónica ou condições de longo prazo diariamente, muitas vezes com regimes médicos que envolvem ajustes de estilo de vida, os indivíduos devem ser capazes de compreender e avaliar informações em saúde para tomar decisões informadas e aceder aos cuidados de saúde”, indica Gonçalves (2015), acrescentando que, deste modo, quem apresenta baixos níveis de literacia, tem maior probabilidade de ter dificuldades na gestão da doença. Estes são geralmente idosos, minorias étnicas, com baixos níveis de educação formal e/ou com baixos níveis de rendimento (Fawcett, 2010).

2- “O segundo, após uma análise sistemática de vários estudos, chegou à conclusão que o custo adicional de uma baixa Literacia em Saúde da população varia entre 3 a 5% do total dos custos em saúde (Eichler, 2009). Contudo, estas conclusões podem não ser válidas em todas as sociedades uma vez que o financiamento dos sistemas de saúde varia com a sociedade onde estão implementados”, precisou a investigadora.

Para Santos e Santos (2016), vários estudos mostram que a existência de níveis baixos de Literacia em Saúde (LS) pode afetar diretamente a saúde das pessoas por limitar o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural. No caso de doenças crónicas

como hipertensão, diabetes ou asma, vários estudos demonstram que as populações com níveis baixos de Literacia em Saúde possuem menos conhecimento sobre a doença e o respetivo tratamento, em comparação com as populações com nível de literacia adequado (Melo, 2015).

Relativamente ao impacte económico da literacia para a saúde, a autora esclarece que a falta de Literacia em Saúde pode ter consequências, não só para os indivíduos ou para os sistemas de saúde, mas também para a sociedade em geral. Um estudo americano estima que baixos níveis de Literacia em Saúde custam à economia americana acima de 73.000.000.000\$ por ano. Este e outros estudos constataram que as pessoas com baixa LS (Kickbusch *et al.*, 2006):

- 1) São mais propensas a usar os serviços de emergência;
- 2) São mais propensas a ser hospitalizadas;
- 3) São menos propensas no correto uso de medicamentos;
- 4) São menos propensas a usar serviços preventivos;
- 5) Ficam sujeitas a maiores custos de saúde.

Investir em Literacia em Saúde pode melhorar a saúde da população e reduzir os custos inerentes (Kickbusch *et al.*, 2006). Numa sociedade como a angolana a braços com um processo de reconstrução nacional, investir na LS da população poderia assim constituir um contributo essencial para o desenvolvimento nacional com custos menos avultados.

Como observa Rosa (1982: 16), o processo de educação global não atinge a todos. É necessário criar uma “consciência crítica”, uma visão do mundo capaz de proporcionar mudanças na vida humana, na luta a favor da defesa do meio ambiente.

Segundo Nogueira (2007a), a relação entre a saúde de uma população e o seu nível de desenvolvimento revela-se, pelo menos, a três níveis:

- Qualidade ambiental: o desenvolvimento é, geralmente, acompanhado por melhorias ambientais (Vignern, 1993), entendendo-se que um bom ambiente é aquele que proporciona o crescimento intelectual e espiritual dos seres humanos, permitindo-lhes também a manutenção de um bom estado físico e mental;

- Políticas de saúde e qualidade dos serviços de saúde: altos níveis de desenvolvimento desencadeiam políticas de saúde mais preventivas que curativas (Safran *et al.*, 1998) e serviços de saúde mais generalizados e acessíveis (Santana, 2005);
- Perfis epidemiológicos: padrões de doença e morte dependem do nível de desenvolvimento das populações (Vigneron, 1993). Das doenças infecciosas às doenças crónicas e degenerativas, a diferença nos padrões de adoecimento e morte explica-se sobretudo por diferenças no desenvolvimento.

A inter-relação desenvolvimento-saúde é frequentemente avaliada pela forma como os processos de mudança social interferem na vida e na morte das populações (Picheral, 1997). Diferenças na esperança de vida e nas causas de adoecimento e morte podem ser explicadas através de uma combinação de processos demográficos e epidemiológicos, sumariados pelos modelos das transições demográfica (Thompson, 1929 e Notestein, 1945, referidos por Noin, 1983 e Bandeira, 1996) e epidemiológica (Omran, 1971).

CAPÍTULO I - ÁREA EM ESTUDO

I.1. Enquadramento Geográfico das ilhas de Cabo Verde

O Arquipélago de Cabo Verde localiza-se aproximadamente a 455 km da costa ocidental Africana, entre os paralelos 17° 13' e 14° 18' de latitude norte e entre os meridianos 22° 42' e 25° 22' de longitude oeste de Greenwich e a 1400 km a sul sudoeste (SSW), das Canárias.

É constituído por um conjunto de dez ilhas, sendo uma desabitada (Santa Luzia) e cinco ilhéus principais. Estas dez ilhas estão divididas em dois grupos: Sotavento e o grupo de Barlavento, consoante a sua exposição ao vento dominante que sopra do nordeste (ventos alísios).

Enquadramento Geográfico de Cabo Verde



Figura nº 2 - Enquadramento geográfico do Arquipélago de Cabo Verde.
Fonte: Elaboração própria com dados extraídos de: www.googleearth.com

Do ponto de vista climático, Cabo Verde localiza-se entre a zona dos Anticiclones Subtropicais e a zona de Baixas Pressões Equatoriais, onde predominam os chamados ventos gerais ou alísios do nordeste. O seu clima está muito dependente da posição da Convergência Intertropical (CIT), que corresponde a uma superfície de descontinuidade que separa o ar húmido proveniente das duas zonas de divergência de massa de ar e de natureza diversa, situadas em cada um dos hemisférios.

As posições do Anticiclone dos Açores e da Convergência Intertropical determinam principalmente a sucessão dos tipos de tempo que constitui a dinâmica do clima das ilhas, (Ribeiro, 1960: 49-50). Os dois tipos de tempo são designados de tempo das águas que correspondem aos meses mais chuvosos (os meses de julho a outubro), em que a Frente Intertropical se desloca para norte transpondo o Arquipélago, de maneira que este fica atingido pela massa de ar quente e húmido temporariamente.

O tempo seco corresponde aos restantes meses do ano, atribuindo as ilhas características áridas e semiáridas com tendência para a seca reforçada pelos ventos alísios do nordeste (NE) que determinam a estação seca, também conhecida pelo harmatão. É uma corrente de ar quente e seco muitas vezes acompanhado de poeiras, que sopra de Este do Continente Africano (Teixeira, 2004) que se faz sentir no início do ano por vezes com frequência no mês de Outubro.

A instabilidade das massas de ar deve-se sobretudo ao “ar da monção” quente, húmido e instável que se associam às depressões vindas de Leste e outras depressões que se formam no Atlântico sul das ilhas. São estas instabilidades que dão origem a chuvas por vezes violentas e escassas provocando mau tempo, e outras vezes de forma prolongada, mas de intensidade variada (Ribeiro, 1960: 53-54).

As características geográficas e climáticas do arquipélago fazem com que o país seja permanentemente confrontado com um grave défice de recursos hídricos com efeitos críticos sobre o abastecimento de água, a produção alimentar e o saneamento básico. Em certas ilhas e nos centros urbanos mais populosos de Praia e Mindelo, o aprovisionamento regular de água potável é assegurado pela dessalinização da água do mar.

O facto de Cabo Verde ser um arquipélago condiciona o desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde e das respostas aos problemas do setor, acarretando custos

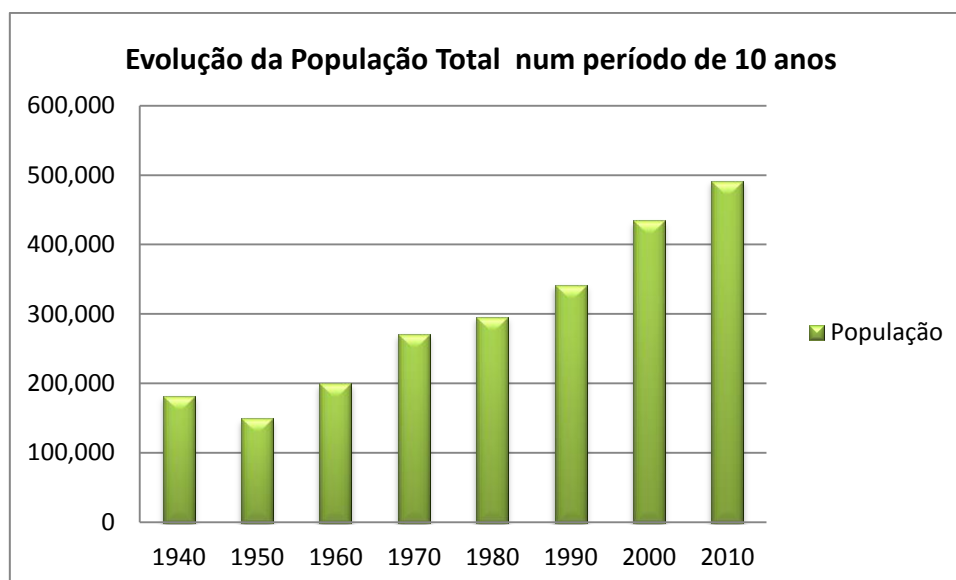
extremamente elevados. Isola populações e a sua dispersão em localidades remotas e de difícil acesso interfere com a organização e prestação de cuidados de qualidade. Por outro, exige a existência de boas estradas e de meios de transportes aéreos e marítimos regulares e economicamente acessíveis à maioria das populações, como elementos fundamentais para o acesso às instituições de saúde e a evacuação rápida e segura de pacientes.

I.2. Dinâmicas Demográficas

Do ponto de vista demográfico, as ilhas de Cabo Verde foram descobertas provavelmente em dois períodos: em 1460, o grupo de Sotavento e em 1462 o grupo de Barlavento. Foi preciso introduzir tudo: “homens, animais, a cultura alimentar oriundos de Portugal, de África, do Brasil e da Índia. O cruzamento destes povos deu origem ao povo cabo-verdiano e à sua cultura como a música (o Funaná, o Batuque, a Morna, e a Coladeira), a gastronomia (o milho) introduzido do Brasil e à própria língua o “Crioulo” (Amaral, 1964: 19). Com o aparecimento da revolução industrial, verificou-se uma melhoria na agricultura, que resultou numa diminuição da mortalidade e, conseqüentemente, um crescimento acelerado da população nomeadamente nos países em via de desenvolvimento, de que Cabo Verde é o exemplo.

O arquipélago tem uma população calculada, em 2010, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (senso de 2010), cerca de 492.000 habitantes, o que significa uma densidade populacional aproximadamente, de 122 habitantes por Km². O gráfico 1 apresenta as barras do crescimento demográfico da população cabo-verdiana desde o ano 1940 até ao ano de 2010. Como se pode ver, a população nos anos 50 teve um crescimento muito lento, marcado por longos períodos de crise provocados pela fome, doenças sanitárias e infecciosas (gastroenterite, paludismo etc.) e as secas prolongadas de 1941-1942 e 1947-1948.

Gráfico n° 1 – Evolução da população num período de 10 anos (1940-2010)



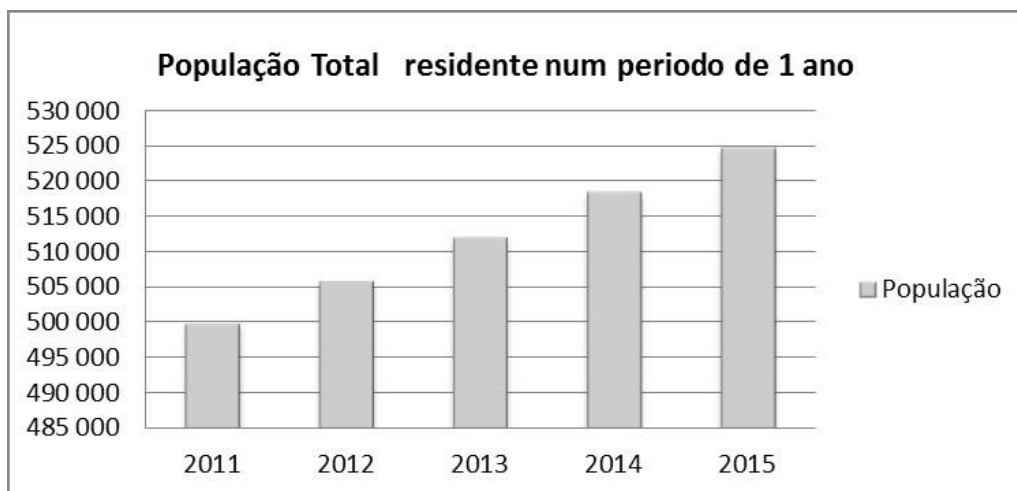
Fonte: Elaboração própria com os dados extraídos do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Graças à melhoria das condições sanitárias, às medidas tomadas através de programas de assistência médica (como a vacinação) e à consequente diminuição da fome, foi possível reduzir a mortalidade.

O período de 1950-1960 reflete a explosão demográfica de 149 984 para 199 902 ou seja uma diferença 49 918 habitantes. Este crescimento ficou marcado por um período de elevada natalidade e uma mortalidade decrescente em todo o país. Como se pode observar no gráfico n° 1, os anos de 2010 registaram a maior subida de população com cerca de 491.683 habitantes.

A partir desta data, o crescimento da população manteve-se de forma contínua nos últimos cinco anos, como se pode verificar no gráfico n° 2. Em 2015, foi estimado um aumento de 6.336 indivíduos residentes em relação ao ano 2014, o que correspondendo a uma taxa de crescimento de 1,23%, com maior concentração nos concelhos da Praia e de São Vicente.

Gráfico nº 2 - População residente (2011-2015)

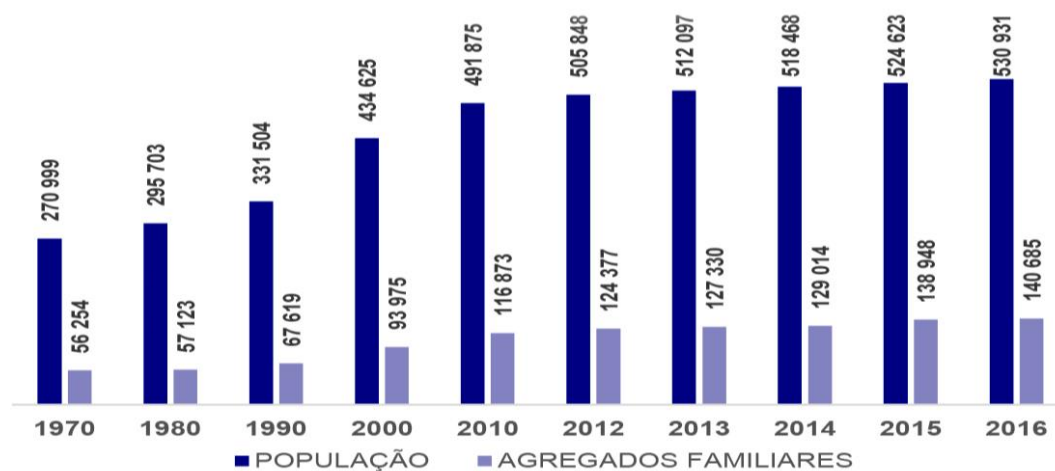


Fonte: Elaboração própria com os dados extraídos do Instituto Nacional de Estatística (INE).

A tendência da subida da população relaciona-se com a população estrangeira residente em Cabo Verde. Segundo os dados do INE, em 2014 registou-se um aumento de 16.491 pessoas, o que representa um crescimento de 46,7% em relação ao ano 2000 e um decréscimo de -7,4% face ao período anterior de 2013, com maior predominância de concentração no concelho da Praia onde se estimou um valor de 6.391 indivíduos.

Entretanto, de acordo com os resultados do Inquérito Multi-objectivo Contínuo 2016 (IMC-2016), alinhados com a projeção demográfica no período 2010-2030, a população residente em Cabo Verde está estimada em 530.931, distribuídos por 140.685 agregados familiares, cuja dimensão média é de 3,6 pessoas.

Gráfico n.º 3 – Evolução da população e agregados familiares – Cabo Verde, 1990-2016



Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE).

Cabo Verde dispõe de uma população bastante escolarizada. A taxa de alfabetização, ou seja, a percentagem de pessoas de 15 anos ou mais de idade, que sabe ler e escrever, em 2016, foi de 87,6%, sendo maior no meio urbano (90,8%) do que no meio rural (80,9%), conforme dados do INE. Notam-se diferenças entre os sexos, com os homens a apresentar uma taxa de alfabetização superior à das mulheres, 92,5% contra 82,8%, respectivamente. Por outro lado, a taxa de alfabetização juvenil (15-24 anos), é de 98,6%.

O nível de escolaridade da população tem contribuído de forma positiva para o desenvolvimento do país. É, indubitavelmente, um fator positivo que tem contribuído para uma melhor compreensão sobre os efeitos nefastos que representa qualquer epidemia de doenças no país e na sua economia dependente sobretudo do turismo.

A melhoria das condições sanitárias do país tem, igualmente, contribuído para aumentar o nível de vida dos cabo-verdianos.

É de se destacar que o nível da escolaridade da população também tem contribuído para algum sucesso registado no domínio da saúde em Cabo Verde.

A escolarização ou educação de base para todos está praticamente assegurada como se depreende da taxa líquida de escolarização que, já em 2000, rondava os 83%,

de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE). O ensino básico é generalizado, o ensino secundário e a formação profissional continuam a expandir-se, e o ensino superior desenvolve-se exponencialmente.

Desde a Independência Nacional a esta parte, os sucessivos Governos de Cabo Verde têm desenvolvido políticas no setor da educação, com vista a melhorar e a transformar o sistema educativo, tanto em termos quantitativos, como no concernente à qualidade, para responder às reais necessidades de desenvolvimento do país.

I.3. Dinâmicas Socioeconómicas

Desde o final do século XVII a forma de sobrevivência da população cabo-verdiana assenta nas suas riquezas naturais, através da exploração dos recursos do solo nomeadamente a urzela, o algodão, o dragueiro, e outros produtos florestais e, mais recentemente, o turismo tornou-se no principal fator de desenvolvimento do país.

Os estabelecimentos hoteleiros registaram um aumento de forma exponencial nos últimos anos em todas as ilhas (Cunha e Jacinto, 2013). Como se pode observar no quadro número 1, através dos três indicadores turísticos, nota-se uma dinâmica significativa do ano 2010, comparativamente com o ano 2014.

No âmbito da comunicação dos riscos do vírus Zika, segundo OMS, as pessoas em risco são aquelas que vivem nas zonas com transmissão, assim como as pessoas que viajam para essas zonas. Neste grupo de comunicação, deve-se dar prioridade aos viajantes e indústrias de transporte aéreo, marítimo e turístico. Neste contexto, a vigilância epidemiológica é fundamental, pois a mínima falha nesse sentido poderá levar o país a um colapso em matéria de saúde pública, assim como poderá ver a sua economia a ser grandemente afetada, sobretudo se se tiver em conta que o turismo é tido como um dos principais motores do desenvolvimento do país.

Tabela 1: Procura de ofertas turísticas, pessoal ao serviço e número de estabelecimentos hoteleiros.

Total Anual – Ofertas Turísticas					
Total Anual	2010	2011	2012	2013	2014
Procuras de ofertas	381.83	475.294	533.877	552.144	539.621
Pessoal ao serviço	4.058	5.178	5.385	5.7755	6.282
Nº de estabelecimentos	178	195	207	222	229

Fonte: Elaboração própria com os dados extraídos do Instituto Nacional de Estatística (INE).

O aparecimento dos primeiros casos do Zika no país preocupou sobremaneira as autoridades cabo-verdianas, já que poderia causar um impacto devastador à economia nacional que depende em grande parte da indústria do turismo.

Em Cabo Verde, país pobre em recursos naturais, com uma produção agrícola insuficiente para satisfazer as necessidades alimentares da sua população, a contribuição mais importante para o PIB (Produto Interno Bruto) vem do setor terciário ou de serviços com 70%, em 2005, segundo dados do INE, dos quais 40% são provenientes do setor turístico.

Em entrevista ao jornal A NAÇÃO¹¹, na sua edição de 28 de janeiro de 2015, o consultor em turismo, Victor Fidalgo, chama a atenção para o perigo que o Zika pode representar para o turismo, um sector tido como “motor da economia cabo-verdiana”.

O especialista alertava, ainda, que era preciso “proteger o destino Cabo Verde e a sua imagem internacional, isto porque, tal como aconteceu com a epidemia do Ébola, que em 2013/14 afetou (sic) o fluxo turístico para Cabo Verde, o mesmo pode vir a acontecer por causa do Zika, uma vez que até os Estados Unidos da América já incluíram, publicamente, Cabo Verde na lista negra”.

¹¹ Semanário privado fundado em 2007

Neste país do Atlântico Médio, a pobreza ocupa um lugar importante entre os fatores determinantes e condicionantes do nível de saúde, tendo em conta as suas múltiplas causas e manifestações ligadas à alimentação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, rendimento, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Contudo, a proporção da população a viver na pobreza vem-se reduzindo mas os cabo-verdianos que vivem com menos de um dólar por dia é ainda elevado. No entanto, este grupo da população tem acesso gratuito aos cuidados de saúde.

O Plano Nacional de Saúde (2007), prevê, para o horizonte do ano 2020, garantir a saúde da população, construindo, num contexto socioeconómico favorável, um serviço nacional de saúde universalmente acessível e eficaz. Esta visão pressupõe, como desafio importante, controlar as doenças associadas à pobreza, à exclusão e à ignorância, bem como as emergentes que caracterizam a transição epidemiológica do país, num contexto de boa governação e de desenvolvimento autónomo de um sistema de saúde dinâmico, para uma vida decente e digna.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) assume a saúde como parte integrante e fator importante do desenvolvimento do país. Assim, espera-se que no ano 2020 o país atinja uma situação favorável a um desenvolvimento sanitário sustentável, em resultado da formulação e execução de políticas económicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e de outros agravos, de um crescimento económico que beneficie todos os segmentos da população.

Cabo Verde terá igualmente desenvolvido um sector privado de saúde capaz de responder à demanda de utentes que prefiram cuidados prestados nos seus estabelecimentos. Os indivíduos e as comunidades estarão mais bem informados sobre os riscos a que estão expostos e sobre o seu direito à saúde. Estarão mais convencidos do papel que têm de desempenhar na preservação do seu estado de saúde, bem como na gestão e financiamento dos serviços.

CAPÍTULO II

Saneamento Básico e os Problemas Sócioambientais em Cabo Verde

II.1 Saneamento Básico

Cabo Verde, desde passado remoto, como nos dá conta Santa Rita Vieira (1987), é um país vulnerável às epidemias. É um país aberto ao mundo. Há muita mobilidade dos cabo-verdianos que partem à busca de novas condições de vida que o seu torrão natal não lhes pôde dar e que depois regressam à terra que os viu nascer. Hoje, além de ser emissor de emigrantes, passou a ser país recetor de imigrantes, sobretudo da região da Costa Ocidental Africana. Em 2009 e 2010, o país foi assolado, pela primeira vez na sua história, por uma epidemia de Dengue e em 2015 e 2016 aconteceu uma outra epidemia, desta feita, do Zika. O mosquito vetor, o *Aedes aegypti*, tem o seu habitat no arquipélago há já alguns séculos. Assim, apenas foi preciso que um infetado chegasse a Cabo Verde para que a epidemia tomasse conta do país, com todas as consequências daí advenientes. As recentes epidemias de ébola em alguns países da sub-região, a que Cabo Verde pertence, levaram que certos órgãos de comunicação social internacionais noticiassem, de forma falsa, que o país tinha registado um caso. Na sequência desta notícia, o Governo dos Estados Unidos de América colocou Cabo Verde na sua lista negra. Contudo, a situação normalizou-se depois de a representação da Organização Mundial de Saúde, na Praia, ter desmentido a existência de casos de Ébola no país.

A problemática do saneamento básico, sobretudo na capital do país (Praia) é apontada como um dos fatores que estão na origem da proliferação de mosquitos e, logo, no surgimento de epidemias de doenças como Zika, Paludismo e Dengue.

Segundo o especialista em Saúde Pública, Tavares (2017, cit; Inforpress), a Cidade da Praia precisa resolver os problemas de água, esgoto, drenagem e resíduos sólidos para poder dar combate aos mosquitos e às doenças provocadas pela infestação desses nos habitats (exemplo da foto na fig. nº 2).

“Não vamos resolver o problema só pedindo às pessoas que tenham atenção com as vasilhas de água e que deitem areia no prato das plantas, quando centenas vivem

excluídas das infraestruturas, que se melhoraram, porém, em algumas cidades no que tange ao saneamento”, Tavares (2017).



Figura nº 3 – Imagem ilustrativa da água que se verifica nas imediações do Estádio Municipal (Cidade da Praia).

Fonte: Luís Carvalho

Para este especialista, a reforma urbana das cidades e das localidades deve ser uma urgência da política do governo, e também que devem ser resolvidos os quatro problemas sérios do sector de saneamento e que passam por água, esgoto, drenagem de águas e coleta de resíduos sólidos.

Conforme Tavares (2017), se o país não dispor de um serviço de recolha de lixos que dê respostas às necessidades da população e das localidades, não se poderá salvar os cursos de água, os esgotos e as drenagens. Pois estes são locais de reservatório de imundices da população transformando-se num verdadeiro atentado à saúde pública.

Com a acumulação de lixo nas ruas, defende o especialista, é impossível dar combate aos mosquitos, pois, a água pluvial que fica entre as lixeiras é um potencial viveiro dos mesmos.

Lembra, ainda, que apesar de a problemática de saneamento ser urbana e territorial, ela necessita, também, do engajamento da sociedade para poder surtir efeito.

À sociedade cabo-verdiana, o especialista deixa o apelo de um “combate ao analfabetismo de “pensamento” e do fazer mais, cumprindo a lei de boa vizinhança, quando limpa o redor da sua casa e deita o lixo no seu local apropriado”.

A problemática do saneamento, tal como no passado, continua a estar intrinsecamente ligada às epidemias em Cabo Verde. Aliás, Barcellos (2016), comparando o arquipélago com o Brasil, em matéria de saneamento básico, é perentório ao afirmar que, em Cabo Verde como no Brasil, há alta concentração de mosquito *Aedes*, “capaz de disseminar a doença, e áreas que não contam com o saneamento básico adequado”.

Por sua vez, Santa Rita Vieira (1987), no seu livro “História da Medicina em Cabo Verde” aponta a questão do saneamento como estando na origem das várias epidemias ocorridas nas ilhas nos anos de 1510 a 1857.

Este mesmo autor refere-se ainda a medidas de saneamento adotadas em 1847, com vista ao esgotamento das águas estagnadas no interior das fazendas que rodeavam a então Vila de Santa Maria da Esperança, hoje Cidade da Praia. Nessa época, a existência desses pântanos, que tornavam a Vila inóspita, fizeram com que a capital fosse deslocada algumas vezes para ilhas como Boa Vista e Brava, consideradas mais propícias para acolher, ainda que temporariamente, o Governador e outros altos dignatários que não estavam habituados ao clima e à insalubridade da Capital.

Entretanto, hoje não existem os tais pântanos, mas as autoridades são confrontadas com outros desafios, ou seja, os lençóis de água no subsolo que constituem uma autêntica dor de cabeça na luta contra os mosquitos. É que as valas cobertas de drenagem das águas pluviais recebem diariamente centenas de metros cúbicos de água que para ali são injetadas para evitar a sua acumulação nas caves dos prédios construídos. É aí que também reside o grande problema do combate às águas paradas. São águas propícias ao desenvolvimento do mosquito *Aedes aegypti*, causador de doenças como o Zika, a Febre Amarela e a Dengue.

Valdez (2016), em entrevista ao Jornal Expresso das Ilhas¹², nº 743, de 24 de Fevereiro, deixa claro que a ação humana é “extremamente importante” no combate aos

¹² Semanário privado criado em 2001

mosquitos vetores, não no sentido de os erradicar, já que experiências neste domínio levadas a cabo em outras paragens do planeta mostraram que se trata de uma tarefa “extremamente difícil e extremamente custosa”.

O Brasil, nas décadas de 1950 e 1960 Diniz (2016:39) foi capaz de eliminar o mosquito *Aedes aegypti*.

“O principal método de controlo era o mesmo de hoje: eliminar o vetor e garantir que as fronteiras também estivessem livres de voadores” (Diniz, 2016:39).

Débora Diniz faz ainda saber que em 1973 o referido mosquito, que é descrito como sendo de cor escura com listras brancas nas patas, que mais parece uma zebra voadora em miniatura, regressou às terras do Vera Cruz e foi de novo eliminado. Entretanto, em 1976, retornou ao Brasil e nunca mais o abandonou.

Especialistas apontam falhas na vigilância epidemiológica e a crescente urbanização do país como prováveis causas da não eliminação do mosquito *Aedes aegypti*.

Para Valdez (2016), a aposta tem de ser na comunicação com a população para que esta adquira conhecimentos sobre como prevenir a proliferação dos criadouros e assim evitar o crescimento e a multiplicação dos mosquitos no meio ambiente.

“Se ganharmos esta luta, não digo que ficaremos imunes, mas estaremos a limitar a capacidade de reprodução e propagação dos mosquitos”, Valdez (2016).

Acredita, porém, que é possível diminuir a densidade do vetor e mantê-lo a nível que não represente risco.

A forma como o cabo-verdiano lida com o meio ambiente, com o saneamento do meio, com o lixo e com os recipientes que acumulam água, cria condições propícias para o desenvolvimento dos mosquitos. O que a população deve saber é proteger essa água para que o mosquito não encontre a mínima brecha para entrar, depositar os ovos e transformar esses depósitos em criadouros.

II.2. Problemas Socioambientais em Cabo Verde

Os problemas ambientais, segundo Gochefeld & Goldstein (1999), provém de certo distanciamento entre o homem e a natureza, e o desequilíbrio nas suas relações levam com que a sociedade seja vítima do ambiente,. Os problemas de saúde da população resultam da forma como se organiza a sociedade, na sua dimensão política, económica e cultural.

No dizer de Freitas (2003), os problemas ambientais são ao mesmo tempo problemas de saúde que afetam os seres humanos e são problemas multidimensionais e estão sempre relacionados, nos discursos e nas práticas de saúde. Já houve desde a antiguidade uma preocupação sobre os efeitos dos problemas ambientais sobre a saúde. Essa preocupação acentuou-se com a revolução industrial, com os efeitos da industrialização e da urbanização a incidirem diretamente na saúde dos cidadãos, bem como a difusão e o papel da mobilidade humana.

Desde então começou a haver uma maior participação política dos trabalhadores e os movimentos sociais passaram a valorizar mais a saúde. A crise sanitária, como resultado de um processo político e social, influenciou as políticas de saúde pública. A principal estratégia deste movimento consistia no controlo de doenças relacionadas às condições sanitárias precárias, controlando para isso os vetores, os problemas ambientais e o saneamento, Freitas (2003).

Os estudos ambientais têm sido explorados por diversos autores, nomeadamente (Nogueira e Santana, 2005; Nogueira, 2007a, Van Lenthe (2005), sobretudo as determinantes ambientais na saúde, embora sejam realidades interdependentes: como o papel do ambiente socioeconómico na saúde e os fatores ambientais locais, que se relacionam com os impactos na saúde e na organização comunitária.

A definição mais conhecida de saúde foi apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946. O conceito de saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, que não pressupõe somente a ausência de doença e de incapacidade, mas que encara a saúde como um estado positivo que diz respeito ao indivíduo no seu todo, no contexto do seu estilo de vida.

. Segundo Van Lenthe *et al.* (2005), cit. Nogueira Helena, o declínio e empobrecimento de um lugar faz-se segundo um círculo vicioso, despoletado pela diminuição do estatuto socioeconómico da área onde permanecem.

Esta diminuição deve-se à migração de indivíduos de maiores condições socioeconómicas e à presença de indivíduos de menor estatuto socioeconómico. Normalmente, um indivíduo mais carenciado permanece nestas áreas como respostas alternativas às condições de vida, pelo que as responsabilidades na área onde reside se tornam quase incipiente, o que leva a degradação estrutural em interação com os estilos de vida individual e o comportamento social.

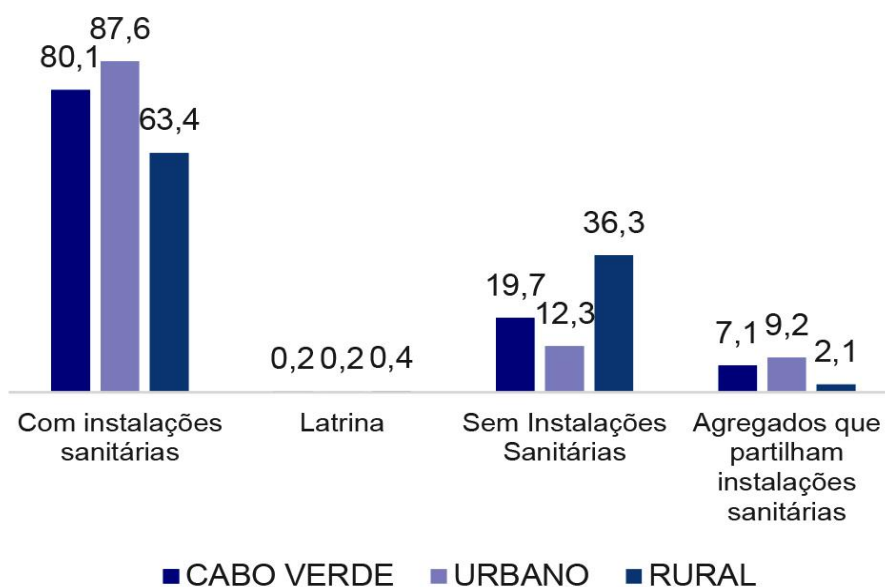
O crescimento desenfreado das urbanizações, conseqüentemente grandes concentrações de pessoas e de atividade contribuem para uma fragilidade do território ampliando o número de riscos: como os comportamentos anti-sociais, saneamento básico, a pobreza. Estes são um dos problemas que podemos apontar como exemplos concretos daquilo que se verifica nas ilhas de Cabo Verde, os lugares de assentamento urbano espontâneo.

O saneamento e o abastecimento da água potável têm sido alguns dos exemplos de medidas tomadas pelo Governo, com a finalidade de promover a salubridade ambiental e a prevenção da doença.

Em Cabo Verde, os resultados do Inquérito Multi-objetivo Contínuo (INE) de 2016, revelam que 80,1% dos agregados familiares dispõem de sanitas/retretes no alojamento, e que 19,9% ou cerca de 27.996 agregados familiares não dispõem de instalações sanitárias, sendo 12,3% no meio urbano e 36,3% no meio rural. As famílias chefiadas por mulheres têm menos acesso a instalações sanitárias do que as famílias chefiadas por homens (20,2% e 19,2%, respetivamente).

Ainda 53,6% das sanitas/retretes estão ligadas a fossas sépticas e 26,3% à rede pública de esgoto, embora cerca de 7,1% tenha declarado que o acesso às instalações sanitárias são compartilhadas com outro agregado familiar.

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos agregados familiares segundo o acesso às instalações sanitárias por meio de residência. Cabo Verde, 2016.



Fonte: INE

Existem grandes disparidades entre concelhos, por exemplo, enquanto no Sal cerca de 92,2% dos agregados têm acesso às instalações sanitárias, em Santa Cruz (ilha de Santiago) somente 52,4% das famílias possui sanitas em casa.

Apesar de 79,8% das famílias terem acesso a um sistema de evacuação das águas residuais, somente 43,1% declarou usar estes dispositivos para evacuar águas sujas do banho, da limpeza, da lavagem de roupa, etc., preferindo jogar essas águas ao redor da casa (48,9%), sendo esta prática mais acentuada no meio urbano (87,3%).

De referir que o direito ao saneamento foi explicitamente reconhecido como um direito distinto em 2015. Ele permite a todos e todas terem acesso físico e económico ao saneamento, em todas as esferas da vida, que seja seguro, higiénico, social e culturalmente aceitável, que ofereça privacidade e assegure a dignidade.

Para que isso seja alcançado, é preciso que as fezes de todos e todas sejam descartadas de forma segura, através de uma sanita/latrina, seja transportada, tratada para ser novamente descartada de forma segura e sustentável.

Cabo Verde é um país de ecossistema frágil pelas suas características de natureza insular e em via de desenvolvimento assim, como outros países tropicais com as mesmas características. O desenvolvimento económico nem sempre acompanha o crescimento demográfico e tem vindo a agravar-se devido a grandes problemas como o desemprego, saúde pública, falta de abastecimento de água, recolha do lixo, proporcionando uma intervenção humana intensa de construções urbanas clandestinas, trazendo grandes problemas para o ambiente físico e os recursos naturais.

De acordo com a DNOT-2011, (Directiva Nacional de Ordenamento do Território), mais de 50 por cento (%) dos bairros da Cidade da Praia, o maior centro urbano do país, é constituído por assentamentos clandestinos e, por vezes, por construções inacabadas. Centenas de pardieiros encontram-se ao abandono, funcionando como autênticos incubadores de mosquitos e outros insetos prejudiciais à saúde pública. Para fazer face a esta situação, na capital do país, a Câmara Municipal tomou medidas no sentido de demolir estes pardieiros, com custos avultados para a edilidade.

Aliás, um pouco por todo o país proliferam-se os chamados bairros de génese clandestina. São, geralmente, construções sem telhados e com depósitos de água desprotegidos, sem a presença de saneamento básico, acumulação de lixos, entre outras situações que poem em risco a saúde pública.



Figura nº 4 – Zona de assentamentos informais (Fundo de Tira-Chapéu), Cidade da Praia
Fonte: Luis Carvalho

Na opinião de Lima (2012), estes fatores criam as condições adequadas para a proliferação e disseminação de determinados agentes, seus vetores e reservatórios e estão muito relacionados com a dinâmica ambiental dos ecossistemas. Os determinantes demográficos, a política de urbanização, os movimentos migratórios externo e interno, impulsionados pela busca de mercados de trabalho, os hábitos e a tecnologia, proporcionam a emergência da doença. São exemplos concretos que se verificam na Cidade da Praia, onde se têm registado maiores episódios de manifestações do vírus de Zika.

Nos países tropicais, o caso de Cabo Verde, as modificações ambientais são vistas, como por exemplo, nas variáveis ambientais como a precipitação, a temperatura, o vento, padrões do uso do solo, construção de novas barragens, aumento esporádico do perímetro urbano, as condições socioeconómicas, são mudanças rápidas a níveis locais em função do ecossistema e favorecem a proliferação do mosquito, disseminação de determinados agentes, seus vetores e reservatórios.

Segundo Combe *et al.* (2017), a epidemiologia deve ser entendida a partir de uma perspetiva ecológica global, em que múltiplos fatores atuam em conjunto para manter o patógeno, influenciando condições abióticas e bióticas que promovem o contacto com seres humanos, no meio ambiente e aumentar o surgimento sob condições ambientais e humanas.

Cabo Verde, devido à sua vulnerabilidade e, também, por ser um país aberto ao mundo, sempre esteve sujeito às epidemias.

A febre amarela foi registada, pela primeira vez, em Cabo Verde, em 1510. (Correia, 1958). Trata-se de uma enfermidade causada pelas picadas do mosquito *Aedes aegypti*.

Entretanto, sem se referir de que epidemia se tratasse, (Correia, 1958) revela que em 1510 se declarou uma epidemia na Ribeira Grande de Santiago (a primeira Cidade construída pelos portugueses nos trópicos), cujo mal se localizava na garganta, o que levou os moradores a construir uma igreja sob a invocação de S. Brás.

Segundo Santa Rita Vieira (1987: 31), o primeiro hospital construído em Cabo Verde aconteceu em 1497 na Ribeira Grande de Santiago, a maior ilha do arquipélago cabo-verdiano.

CAPÍTULO III – Estudo de caso da epidemia de Zika em Cabo Verde

III.1. Origem de Zika em Cabo Verde

A chegada do vírus Zika a Cabo Verde foi uma questão de tempo. Com voos regulares, ligando o arquipélago ao Brasil, era de se esperar que este vírus aportasse as ilhas cabo-verdianas. Aliás, houve quem dissesse, em jeito de humor, que o Zika viajou nas asas da TACV-Cabo Verde Airlines.

Este vírus, não sendo autóctone, foi importado e daí se questiona por que razão as autoridades nacionais não decretaram quarentena nas viagens ao Brasil, a partir do momento em que passaram a saber que aquele país da América Latina estava a ser assolado por uma epidemia de Zika. Por isso, há quem defenda que houve uma negligência por parte dos serviços sanitários que não preveniram o país contra a chegada do vírus ao arquipélago, que padece de problemas crónicos em matéria de saneamento, ou seja, um ambiente propício para a proliferação do mosquito vetor do vírus Zika.

Estudos feitos pela OMS revelam que o vírus Zika encontrado em Cabo Verde é o mesmo que circula no Brasil, o que levou o professor Cristovam Barcellos a considerar que a concentração de mosquito *Aedes aegypti* no arquipélago, assim como a problemática do saneamento com que se depara o país são condições propícias para uma eventual epidemia, o que veio a acontecer.

Para testar a origem do Zika que circula no Brasil, Diniz (2016, p. 32-33) os pesquisadores sequenciaram o DNA do vírus e concluíram que não era o mesmo da linhagem africana, conhecido no Uganda desde 1947, mas o da família asiática.

À semelhança do Brasil, em Cabo Verde também se desconhece quem foi o paciente zero da epidemia – ou seja, a primeira pessoa adoecida a trazer o vírus para o arquipélago.

Até junho de 2016, Diniz (2016, p. 33) são três as linhagens do vírus Zika conhecidas: nigeriana, MR766 e genótipo asiático, também descrito como linhagem asiática.

“O que representará o retorno do vírus à África, por Cabo Verde, porém agora com a linhagem asiática?”, interrogava-se a pesquisadora brasileira Débora Diniz (2016), que previu uma espécie de catástrofe para o continente negro, caso as previsões se concretizassem em termos de disseminação do vírus a partir do arquipélago cabo-verdiano.

Os primeiros casos, segundo Teixeira (2016), foram detetados na Cidade da Praia, capital do país, em Outubro de 2015.

“No mês de Outubro de 2015, o Hospital Dr. Agostinho Neto, na Praia, informou as autoridades sanitárias de um evento pouco comum caracterizado por exantema maculopapular pruriginoso”, escreve a médica, acrescentando que o Serviço de Vigilância Integrada e Resposta às Epidemias (SVIRE), com o apoio da Rede Nacional de Laboratórios deu início à investigação da situação que culminou com o envio ao Instituto Pasteur de Dakar (Senegal), com o apoio da OMS, de 64 amostras para estudo de potenciais agentes etiológicos, de entre os quais o vírus Zika.

De acordo com a médica, o quadro clínico era semelhante ao descrito nos documentos informativos que já vinham sendo divulgados no site da OMS para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) sobre a circulação do vírus Zika no Brasil e noutros países da América Latina.

Entretanto, em finais de Outubro, o Instituto Pasteur de Dakar comunicou às autoridades cabo-verdianas que das 64 amostras enviadas, 17 foram positivas, sendo 15 para anticorpos IgM contra o vírus Zika e dois por RT-PCR.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Pública, até julho de 2016, foram registados 7.596 casos suspeitos de Zika em cinco ilhas (Santiago, Maio, Boa Vista, Fogo e Brava), com cerca de 65% dos casos na capital, Praia, na ilha de Santiago. Três novos casos suspeitos foram identificados na semana de 4 a 10 julho de 2016 e, desde então, nenhum novo caso positivo foi registado. Após um pico epidemiológico, atingido no final do ano 2015, a incidência de casos diminuiu gradualmente, tendo atingido o seu nível mais baixo em julho de 2016.

Existe praticamente uma coincidência geográfica e epidemiológica entre a epidemia de Zika e a de Dengue registada em 2009. Nas ilhas de Santiago, Boa Vista e Maio, a problemática do saneamento foi o fator determinante para a eclosão do Zika, enquanto que nas ilhas do Fogo e Brava a abundância de cisternas familiares e comunitárias explica a proliferação de mosquitos vetores da doença.

Um estudo do Instituto Nacional de Saúde Pública (2016) revela que em Cabo Verde a epidemia do Zika teve uma incidência maior em mulheres do que em homens, isto devido aos modos de transmissão, à socialização, às atividades, às funções reprodutivas, ao contexto de violência e ao baixo estatuto das mulheres.

Em Cabo Verde, revela o mesmo estudo, a incidência diferencial entre os homens e as mulheres é de mais do que o dobro (65% contra 35%). Na base disto está o vestuário das mulheres (vestidos curtos, shorts, saias, etc), que as expõe mais do que aos homens às picadas de mosquitos.

Segundo o estudo, o vírus é transmitido por via sexual e as mulheres, em geral, têm uma baixa capacidade negocial, no que concerne ao uso do preservativo, especialmente num contexto marcado pela violência contra mulheres e raparigas.

Em Cabo Verde, as mulheres grávidas e aquelas em idade reprodutiva estão entre os grupos de maior risco de transmissão mãe-filho durante a gravidez; as autoridades de saúde diagnosticaram 252 mulheres grávidas afetadas pelo vírus Zika, incluindo 180 na Praia, 01 em São Domingos, 44 em São Filipe, 22 no Maio e 5 na Boa Vista.



Figura nº 5 – Mãe à espera do bebé
Fonte: Arquivo da Inforpress

O estudo revela, ainda, que a gravidez precoce faz com que estes riscos aumentem. Foi confirmado que entre os 18 bebés com microcefalia, dois nasceram de mães de idade compreendida entre os 15 e os 19 anos.

A pronta resposta por parte das autoridades sanitárias no combate a este vírus evitou que o mesmo provocasse danos colaterais à economia nacional, que tem o turismo como um dos seus principais fatores de desenvolvimento.

Na sub-região da África Ocidental (Plano Nacional de Saúde (2007), Cabo Verde está entre os países com melhores indicadores de estado de saúde da população, graças a um esforço perseverante levado a cabo desde a independência a esta parte, que culminou na criação de infra-estruturas, formação de quadros, organização de serviços, disponibilização criteriosa de recursos e uma legislação que suporta a institucionalização do sistema de saúde.

O caminho percorrido até aqui não tem sido fácil, pois, está-se diante de um país insular, pequeno e com poucos recursos financeiros. Outrossim, o carácter montanhoso da maioria das ilhas, a exiguidade da população e a dispersão das comunidades rurais em localidades isoladas, por vezes de difícil acesso, aumenta as dificuldades na busca de soluções aos problemas de saúde dos cidadãos.

Não obstante os avanços registados no domínio da saúde, enfatiza o PNS (2007), os cabo-verdianos continuam insatisfeitos com o desempenho do Serviço Nacional de Saúde, com as condições de atendimento nas instituições públicas dos diferentes níveis e com a qualidade e eficácia dos cuidados prestados. É nesse contexto que o Estado se propôs formular uma Política Nacional de Saúde (PNS), destinada a definir um novo quadro de referência para responder adequadamente às necessidades e às expectativas dos utentes do SNS, como factor incontornável do desenvolvimento social e económico do país.

Como escreve Santa Rita Vieira (1987: 11), o povoamento da ilha de Santiago, iniciado em 1461, fez-se com indivíduos provenientes da Europa (portugueses, italianos e espanhóis, etc) e da África, em numero maior da Guiné, que transportavam a patologia dos dois continentes.

Foi assim que as doenças foram entrando em Cabo Verde, onde, em muitos casos, devido às circunstâncias ambientais, encontraram condições propícias para se desenvolverem.

Se antes os vírus eram transportados de barcos a vapor, que levavam muito tempo a alcançar o arquipélago, hoje, chegam de aviões e, por conseguinte, com maior celeridade.

Em Cabo Verde, conforme ilustra a imagem nº 6, o vírus Zika encontrou condições propícias para o seu desenvolvimento, pois, além do mosquito vetor, o *Aedes aegypti*, que existe em todo o país, as más condições do saneamento básico, estes dois fatores juntos contribuíram para a epidemia desta doença, a primeira na história do arquipélago.



Figura nº 6 - Imagem captada no bairro de Achadinha do Meio, Cidade da Praia
Fonte: Elaboração própria

Em suma, não haveria uma epidemia como aquela que se registou em Cabo Verde se o país não fosse convidativo à disseminação: mosquitos, saneamento precário e uma política de saúde que ainda não permite ao país fazer face a novas doenças.

Aliás, alguns investigadores, como Christovam Barcellos, conhecedores da realidade cabo-verdina, prognosticaram dias difíceis não só para o arquipélago, como também para o continente africano que assistia ao retorno do Zika via as ilhas cabo-verdianas.

III. 2. Evolução do Zika – Dados comparativos

Não há registo concreto sobre a entrada do vírus Zika em Cabo Verde, mas acredita-se que, eventualmente, terá chegado em finais de Setembro de 2015. Segundo o Ministério da Saúde (2016), a epidemia teve o seu início no mês de Outubro de 2015, com a confirmação laboratorial pelo Instituto Pasteur de Dakar no mesmo período.

Nas 16 semanas do curso de epidemia foi registado um total de 7164 casos. O pico mais alto ocorreu na semana 47, mês de Novembro com 793 casos numa única semana, passando para 83 casos na última semana (semana de 18 a 24 de Janeiro de 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, esta diminuição de números de casos foi também acompanhada por uma diminuição de número de ilhas em que ocorreram os casos de Zika, assim como o número de municípios afetados também diminuiu de forma significativa. A curva da epidemia da febre Zika está em fase de franca resolução. Não foram até esta data registados nenhuns casos de microcefalia ou de outras alterações neurológicas tipo síndrome Guillain-Barré.

III.3. Origem de Zika em Cabo Verde: Medidas desencadeadas

Perante os primeiros casos registados, as autoridades sanitárias adotaram algumas medidas que se revelaram importantes, nomeadamente no domínio do planeamento da gravidez, pré-natal, parto, nascimento, puerpério e puericultura; deteção e notificação de quadros sugestivos de microcefalia em recém-nascidos e sua possível relação com a infeção por vírus Zika.

Uma outra medida de não menos importância foi no sentido do acompanhamento e reabilitação das crianças diagnosticadas com microcefalia e outras alterações do sistema nervoso central.

III.4. Famílias afetadas pelo Vírus Zika e a microcefalia

A microcefalia, resultante do vírus Zika provocado por picadas de mosquitos *Aedes aegypti*, em Cabo Verde, afetou sobretudo jovens mães desempregadas e sem condições para responder às necessidades de um bebé microcefálico. Daí que se tenha dito que em Cabo Verde o Zika tem o rosto da pobreza.

Embora a doença já existisse em Cabo Verde antes da epidemia do Zika, o número crescente de casos de recém-nascidos com a microcefalia conquistou rapidamente espaço na agenda mediática nacional.

Em uma reportagem¹³ da Rádio de Cabo Verde (RCV), da autoria da jornalista Gisela Barros Amarante, algumas mães picadas pelo mosquito *Aedes aegypti* relataram

¹³ Reportagem radiodifundida a 26 de Dezembro de 2016 e distinguida com o Prémio Nacional do Jornalismo 2017, na categoria de Rádio.

na primeira pessoa as suas inquietações e, às vezes, amargura por terem dado à luz um bebé portador de microcefalia. A situação torna-se ainda mais complicada quando as pessoas não vivem em sítios onde possam receber melhores cuidados de saúde:

A jovem Magda Gonçalves, 28 anos, desloca-se diariamente do município de Santa Cruz, um dos oito da ilha de Santiago, à Cidade da Praia, capital do país, para consultar a filha de sete meses que nasceu com a microcefalia.

“Quando a minha filha nasceu, e, depois de me comunicarem que ela tinha microcefalia, fiquei espantada e até chorei”, confessa a jovem mãe. Hoje, porém, diz-se sentir orgulho da filha que considera especial entre os restantes dois.

Dilsa Cardoso é uma outra mãe que se diz com força para enfrentar a nova realidade, que é ter um filho com a microcefalia. No entanto, inicialmente, conta ela, isto foi uma espécie de um balde de água gelada que lhe caiu em cima da cabeça. O susto foi tanto que perdeu a visão por alguns instantes, depois do parto, quando notou que o seu recém-nascido tinha microcefalia.

“Durante a gravidez, não senti nenhum sintoma que pudesse indicar que eu tinha Zika. Por isso, não esperava ter um bebé com a microcefalia. Foi um impacto muito forte que até me fez perder a visão por alguns momentos. Depois de algumas horas, voltei à normalidade. Aceitei o meu filho e comecei a amá-lo”, fez saber Dilsa Cardoso.

As duas jovens têm em comum o facto de ambas se encontrarem no desemprego, o que torna ainda cada vez mais difícil a situação delas em lidar com bebés portadores de microcefalia.

Magna vive dos poucos rendimentos do marido que apanhador de crustáceos no fundo do mar. Algumas vezes tem faltado às consultas no Hospital Central da Praia, porque lhe falta dinheiro para pagar as passagens de ida e volta, que custa 500\$00, o equivalente a pouco mais de cinco euros.

Magda tem passado por momentos difíceis. Mesmo quando tem dinheiro só para as despesas das viagens, não desiste de levar a filha ao Hospital Central da Praia para ser assistida por especialistas.

“Às vezes, só tenho dinheiro para pagar fretes do carro e, por isso, fico com fome durante todo o dia na Cidade da Praia para consultar a minha filha”, queixa-se a jovem

mãe, que confessa ter faltado a algumas sessões de fisioterapia para a filha, por falta de meios financeiros.

A situação da Dilsa é um pouco melhor do que a da Magna. Tem uma pensão social que lhe foi fixada pelo Estado e a ajuda do marido, que é jogador de futebol, contribuem para minimizar a sua situação socioeconómica.

Ambas reconhecem que o apoio psicológico e dos médicos que as atendem nas consultas do filho tem sido muito importante na recuperação dos traumas iniciais.

Num programa radiofónico “Viver com Saúde”, da Rádio de Cabo Verde, Dúnia Tavares confessa o seu trauma quando lhe informaram que a bebé era portadora de microcefalia.

“Eu disse ao médico que me assistiu que a bebé não era minha”, confessa o jovem, acrescentando que depois de umas conversas com uma servente do hospital, esta fazendo o papel do psicólogo, lhe disse que se tratava de um caso normal e que ninguém gosta que o seu filho nasça com problemas.

“Disse-me que foi Deus que o fez assim e que ninguém sabe se no futuro a minha filha não será uma pessoa superior a mim. A partir dessa altura, fiquei normal e não tive problemas em aceitar a minha bebé”, conclui.

Alguns homens foram também apanhados de surpresa ao verem os seus filhos a nascer com a microcefalia. É o caso de Osvaldo Pereira que, no programa “Viver com saúde”, conta ficou estupefacto com a notícia de que a sua filha tinha nascido com esta deficiência, mas acabou por reagir e “aceitar a realidade”.

“A família que acolhe Dora desdobra-se em cuidados para que nada lhe falte”, revela Osvaldo, que se queixa da falta de apoio por parte de um psicólogo.

Para o pediatra neonatal António Cruz, a microcefalia é uma doença do foro neurológico que pode ser congénita ou pós-neonatal causada por diversos vírus ou bactérias, que podem ser provocados por drogas ou álcool.

As crianças afetadas pela microcefalia têm sido muito bem acompanhadas por uma equipa multidisciplinar, que inclui neurologia, pediatria, fisioterapia e psicologia.

São vários os apoios que chegam de diversos lados, desde o Ministério da Saúde e Inserção Social ao da Família, passando por pessoas individuais, com vista a ajudar as famílias afetadas pela microcefalia.



Figura nº 7 – Mães de crianças portadoras de microcefalia a receber ajudas do Ministério da Saúde e Inserção Social
Fonte: Agência Cabo-verdiana de Notícias

Assim, todas as famílias com crianças com microcefalia beneficiam de uma pensão social de cinco mil escudos (pouco mais de 50 euros)

Mónica Furtado, Diretora Geral da Inclusão Social, perspetiva que a pensão social mínima garante alguma estabilidade familiar.

As primeiras intervenções, diz a DGIS, foram mais no sentido de garantir alguma estabilidade ao nível dos cuidados de saúde e alimentação.

Os diversos serviços públicos em áreas sociais têm intervindo com vista a minimizar o sofrimento das famílias, cujos bebés nasceram com a microcefalia. É o caso dos Serviços de Desenvolvimento de Pessoas com Necessidades Especiais (SDPNE), do Ministério da Família e Inclusão Social.

A intervenção de SDPNE tem sido no sentido de conhecer as famílias, o ambiente em que vivem, assim como as dificuldades por que passam.

A diretora do SDPNE, Natalie Monteiro, reconhece que as consequências para as famílias com bebês portadores de microcefalia costumam ser muito nefasta, uma vez que as crianças estão normalmente em situação de grande dependência.

“As mães têm muitas dificuldades em fazer outra coisa que não seja cuidar dos filhos”, enfatiza a psicóloga.

Do ponto de vista desta responsável, o acesso à informação é essencial, já que permite aumentar o conhecimento das pessoas sobre os malefícios da picada dos mosquitos vetores do Zika e, por outro, ensina como evitar estar expostas a uma determinada situação, porque, diz ela, efetivamente, há mosquitos, mas também há a atitude das pessoas.

“Água parada, suja ou não, são coisas que estão sob a nossa responsabilidade”, conclui, indicando que casos de microcefalia sempre existiram em Cabo Verde, mas que com a chegada do Zika estes casos aumentaram.

À semelhança de outras paragens do mundo, em Cabo Verde existem casos em que as mães se revelaram positivas nos testes pré-natais, mas os bebês não têm nem a microcefalia nem a macrocefalia.

Desde os primeiros casos de microcefalia registados em 2016, depois da epidemia do Zika, as autoridades não se pouparam a esforços no sentido de as mães serem preparadas para lidarem com a nova realidade. Assim, foram promovidas algumas ações de formação, visando melhorar as competências dessas mães, enquanto cuidadoras dos seus filhos. No fundo, o objetivo principal é o de fazer com que as mães se sintam amparadas e que, realmente, há pessoas que se preocupam com elas.



Figura nº 8 – Mães alimentando seus bebês com microcefalia

Fonte: Jornal A Nação

Por causa dos preconceitos, há mães que escondem os seus filhos. No entanto, com o apoio dos serviços de psicologia do Hospital Central da Praia a situação melhorou.

“Eu não posso esconder o meu filho por causa dos olhares de terceiros”, garante Dilsa Cardoso, que se mostra satisfeita com a ajuda da psicóloga que a vem acompanhando.

A capacitação das mães reveste-se de uma grande importância, mas também é necessário que a sociedade esteja mais e melhor informada sobre a doença do Zika, para que sejam vencidas algumas barreiras do preconceito existentes, uma vez que se está diante de uma realidade nova no arquipélago.

Ao todo, foram confirmados 18 casos de microcefalia em famílias sobretudo monoparentais e chefiadas por jovens desempregadas e sem a escolaridade média.

Dos 18 casos que se tem conhecimento, 13 bebês encontram-se na ilha de Santiago, quatro no Fogo e um no Maio. Esta última ilha registou o caso de um nado morto, o que totalizaria o nascimento de 19 crianças com microcefalia no país.

Para minimizar a situação socioeconómica dessas pessoas, a Direção Geral da Inclusão Social criou programas de capacitação no domínio da formação profissional.

Com a formação pretende-se garantir autonomia às famílias para que não fiquem dependentes dos apoios do Estado.

Se na ilha de Santiago, onde existem serviços especializados e técnicos preparados para lidar com a questão da microcefalia, as mães enfrentam um sem número de dificuldades, para aquelas que vivem nas ilhas, onde estas prestações não existem, a situação é ainda mais complicada e complexa.

Zuleima Ianes vem da ilha do Maio para tratar o filho na capital. Esta não esconde a sua tristeza e angústia. Espera que um dia o filho possa ser tratado na ilha natal sem ter a necessidade de se deslocar à capital.

CAPÍTULO IV – Papel dos *media* na sensibilização da população

Paralelamente às medidas adotadas, desencadeou-se, através dos *media*, uma ampla campanha de sensibilização das populações, além de utilização de outras formas de comunicação, como panfletos, flyers, folhetos e desdobráveis distribuídos por todo o país.

Os órgãos de comunicação social, sobretudo as televisões e as rádios, tiveram um papel extraordinário no aumento do conhecimento das pessoas em relação a uma doença inédita e incomum no país e com consequências desastrosas para as famílias diretamente afetadas pela epidemia.

McCombs e Shaw, cit. Serra (2009), mostram como que os *media* podem influenciar na mudança da mentalidade das pessoas em relação ao ambiente, afirmando que “os *media* não só nos dizem sobre o que podemos pensar, como também nos dizem como pensar sobre isso; portanto, conseqüentemente, o que pensar”.

Neste caso, os *media* funcionam como um elo de ligação entre aqueles que têm o poder de persuasão e os cidadãos.

Indubitavelmente, a comunicação assume um papel relevante na indução das pessoas a assumir o seu papel na luta contra as epidemias. Furio Colombo (1998)

observa que a grande liberdade de informação contribuiu para o aparecimento de massas cada vez mais ativas e presentes nos acontecimentos quotidianos.

Por sua vez, Mesquita, citando Jean-Pierre Meunier, diz que os *media* “não constituem um poder absoluto, mas condicionam fortemente o contexto político, social e económico”.

Ainda Mesquita, cit. (Elliott, p. 37, s.d) a responsabilidade do jornalista deriva do poder dos meios de comunicação, “que se traduz na dependência dos cidadãos em relação aos media e aos jornalistas quando pretendem saber «o que a sociedade espera deles e o que eles devem esperar da sociedade».

Referindo-se à importância da comunicação social, Évora, cit. Van Dijk (2005), diz que o poder dos media não se restringe à influência que têm sobre a audiência, mas abrange também o papel que têm num quadro mais vasto das estruturas sociais, culturais, políticas ou económicas de uma determinada sociedade.

Além dos meios de comunicação social tradicionais, deve-se, também, realçar o papel das redes sociais, enquanto ferramentas de jornalismo participativo, na luta contra o vírus Zika em Cabo Verde.

Aroso, num estudo publicado, demonstra como que as redes sociais constituem uma “ferramenta essencial do jornalismo participativo, permitindo a colaboração do cidadão comum em todo o processo jornalístico”.

Ainda Aroso, cit. Rodrigues (2008), diz que “O jornalismo participativo, apesar de anunciar algumas vantagens, como por exemplo fazer ouvir novas vozes, apresentar um olhar fresco sobre os temas, preconizar relações interessantes entre jornalistas e leitores, representa também algumas fragilidades, uma vez que são necessárias cautelas redobradas como a especulação, as fontes anónimas e a fiabilidade das informações transmitidas”.

Em Cabo Verde, não obstante o país dispor de uma internet bastante avançada para o contexto africano, nota-se que as redes sociais foram utilizadas de forma incipiente na luta contra o Zika. Não se tirou melhor partido deste meio de comunicação que, nos dias de hoje, reveste de uma importância extraordinária.

Aroso, num estudo intitulado “As redes sociais como ferramentas de jornalismo participativo nos meios de comunicação regionais: um estudo de caso”, conclui que as redes sociais são uma “ferramenta essencial do jornalismo participativo, permitindo a colaboração do cidadão comum em todo o processo jornalístico”.

Para Évora (2018), em Cabo Verde, os *media* digitais vieram a dar um “grande contributo na democratização do espaço da informação e da opinião dando mais largueza à esfera pública porque chegam a determinados públicos que não tinham espaço de actuação nos chamados *media* tradicionais”.

Ainda o mesmo autor, no arquipélago, a internet permitiu uma nova “forma de sociabilidade, sobretudo com a abertura de válvulas comunicativas como as redes sociais”.

Este autor defende, ainda, que o sistema de mediação social, através dos novos meios de comunicação, veio revolucionar a percepção do conhecimento e reelaborar o sentimento de pertença.

As relações humanas são hoje, em grande parte, definidas pela medida da extensão tecnológica, pelo que o processo o processo de mediação marca incondicionalmente o volume das unidades relacionais no seio das sociedades (Évora, 2018; p: 249).

De resto, a comunicação social tem desempenhado uma função de suma importância na mudança de comportamento das pessoas perante fenómenos, como por exemplo, as epidemias. O exemplo maior que podemos apontar é a recente epidemia de Zika em Cabo Verde, em que os órgãos de informação foram chamados a desempenhar um papel determinante na sensibilização das pessoas no combate ao vírus que se revelou ser um grande causador de danos no organismo humano, nomeadamente a microcefalia nos recém-nascidos.

IV. 1. Análise dos dados do inquérito

Com vista a uma aferição sobre o contributo que a informação deu, por um lado, no esclarecimento das populações sobre o vírus Zika e, por outro, a forma como contribuiu para aumentar o nível de literacia sanitária das pessoas, foram inquiridas 192 pessoas (tabela nº 2) nas ilhas de Santiago (a maior e a que alberga mais de metade da população de Cabo Verde), Fogo, Brava, Maio e Boa Vista.

Para esta amostragem, utilizámos a chamada técnica de bola de neve que, segundo Julina Vinuto (2014) é utilizada principalmente para fins exploratórios, usualmente com

três objetivos: desejo de melhor compreensão sobre um tema, testar a viabilidade de realização de um estudo mais amplo, e desenvolver os métodos a serem empregados em todos os estudos ou fases subsequentes.

Um dos inquiridos não declarou a sua idade. 69,8 por cento (%) das pessoas inquiridas estão em Santiago contra 9,9% no Fogo, 9,4% na Boa Vista, 6,3% no Maio e 4,7% na Brava.

Tabela nº 2: Distribuição da amostra de pessoas inquiridas por ilhas

Ilhas	Frequência	Percentagem Válida (%)
Boa Vista	18	9,4
Maio	12	6,3
Santiago	134	69,8
Fogo	19	9,9
Brava	9	4,7
Total	192	100,0

Fonte: Elaboração própria

Em termos de caracterização sociodemográfica, de acordo com a tabela nº 3, foram inquiridos 105 indivíduos do sexo feminino e 87 do sexo masculino. Deste total, 61 inquiridos têm a idade compreendida entre os 15 e 30 anos e 90 entre os 30 e 45 anos de idade.

Nesta amostra, 116 dos inquiridos são funcionários (médicos, professores, jornalistas), 26 desempregados, 11 estudantes e um não respondeu sobre a sua profissão.

Quanto ao nível de escolaridade, 41 inquiridos disseram possuir o ensino primário, 97 ensino secundário; 10 ensino médio e 43 ensino superior. Um dos inquiridos não respondeu sobre o seu nível de escolaridade.

Tabela nº 3 - Caracterização sociodemográfica dos inquiridos

Variáveis		Frequência	Percentagem (%)
Sexo	Masculino	87	45,3
	Feminino	105	54,7
	Total	192	100,0
Idade	15 a 30 anos	61	31,8
	30 a 45 anos	90	46,9
	45 a 60 anos	40	20,8
	Total	191	99,5
	Ausente	1	0,5
	Total	192	100,0
Profissão	Desempregada(o)	26	13,5
	Estudante	11	5,7
	Funcionário (Médico, Professor, Jornalista)	116	60,4
	Total	153	79,7
	Ausente	39	20,3
	Total	192	100,0
Nível de Escolaridade	Ensino Primário	41	21,4
	Ensino Secundário	97	50,5
	Ensino Médio	10	5,2
	Ensino Superior	43	22,4
	Total	191	99,5
	Ausente	1	0,5
	Total	192	100,0

Fonte: Elaboração própria

Conforme se pode constatar na tabela nº 4, 93,2 por cento dos inquiridos disseram ter acompanhado a epidemia do Zika no país, enquanto 6,3% respondeu que não e 05% não respondeu.

Quando se pergunta como acompanhou a campanha contra o Zika, através da Rádio, 83% dos entrevistados responderam sim contra 10,9% que disse não ter

acompanhado por intermédio deste órgão de comunicação social. Entretanto, 05% não soube responder e 1,6% não respondeu à pergunta.

Relativamente à Televisão, ficou claro que foi através deste órgão de informação que mais os inquiridos acompanharam a campanha anti Zika, situando esta cifra em 90,1%. Entretanto, fica-se a saber que 4,7% não acompanhou pela TV e 1,6% não responde.

No concernente a jornais, apenas 21,9% acompanhou através deste órgão de comunicação social, enquanto 72,4% respondeu negativamente e 1,6% não respondeu.

Deste estudo pode-se depreender que as revistas são o órgão de informação que menos os inquiridos utilizaram para acompanhar a situação do Zika (90,6%) contra apenas 3,6% e 1,6% dos entrevistados não responde.

No que tange aos panfletos, 38,0% disse que sim, 55,7% não e 1,6% não responde.

55,7% dos inquiridos responderam que não assistiram a nenhuma palestra realizada no quadro da luta contra o Zika contra 38,0 que respondeu afirmativamente, enquanto 1,6% preferiu não responder.

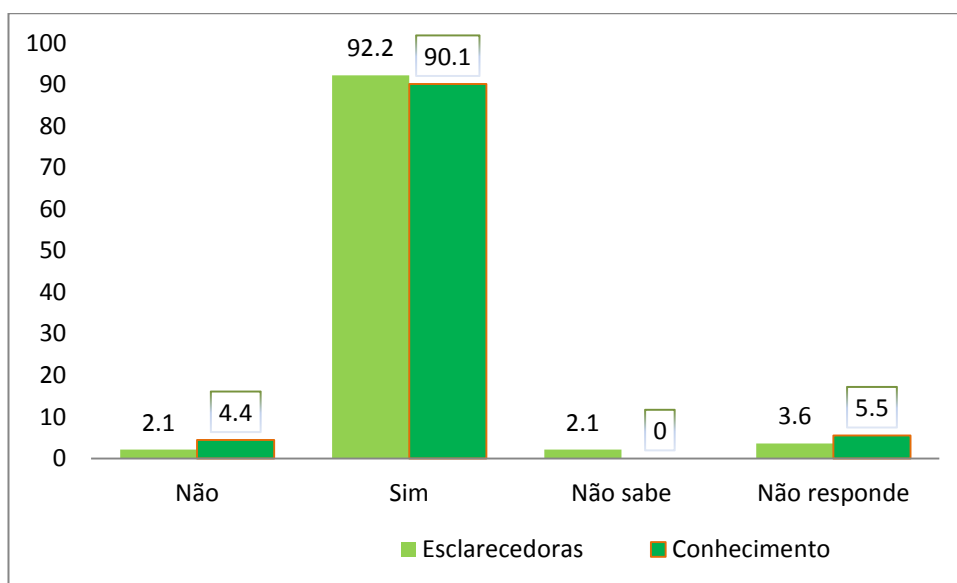
Tabela nº 4: Acompanhamento da epidemia do Zika em Cabo Verde

	Acompanhou a epidemia do Zika em Cabo Verde?	Frequência	Percentagem (%)
Resposta	Não	12	6,3
	Sim	179	93,2
	Não responde	1	,5
	Total	192	100,0
Como que acompanhou?		Frequência	Percentagem (%)
Rádio	Não	21	10,9
	Sim	160	83,3
	Não sabe	1	,5
	Não responde	3	5,2
	Total	185	96,4
Ausente	Sistema	7	3,6
Total		192	100,0
Televisão	Não	9	4,7
	Sim	173	90,1
	Não responde	3	5,2
	Total	185	96,4
Ausente	Sistema	7	3,6
Total		192	100,0
Jornal	Não	139	72,4
	Sim	42	21,9
	Não responde	3	5,7
	Total	184	95,8
Ausente	Sistema	8	4,2
Total		192	100,0
Revista	Não	174	90,6
	Sim	7	3,6
	Não responde	3	5,7
	Total	184	95,8
Ausente	Sistema	8	4,2
Total		192	100,0
Panfletos	Não	107	55,7
	Sim	73	38,0
	Não responde	3	6,3
	Total	183	95,3
Ausente	Sistema	9	4,7
Total		192	100,0
Palestras	Não	107	55,7
	Sim	73	38,0
	Não responde	3	6,3
	Total	183	95,3
Ausente	Sistema	9	4,7
Total		192	100,0

Um outro dado importante deste estudo é que 92,2% dos entrevistados disseram que as informações disponibilizadas sobre a epidemia do Zika foram esclarecedoras e apenas 2,1% acha que não e 2,1% não sabe, enquanto 3,6% não respondeu.

Quando se refere à contribuição da informação no aumento do conhecimento em relação ao citado vírus, 90,1% dos inquiridos responderam afirmativamente contra 4,4% que disse não e 5,5% não responde, como se pode verificar (gráfico nº 4) relativo informações sobre o esclarecimento e o conhecimento dos inquiridos.

Gráfico nº 5 - Informações esclarecedoras e aumento do conhecimento da população inquirida sobre vírus Zika



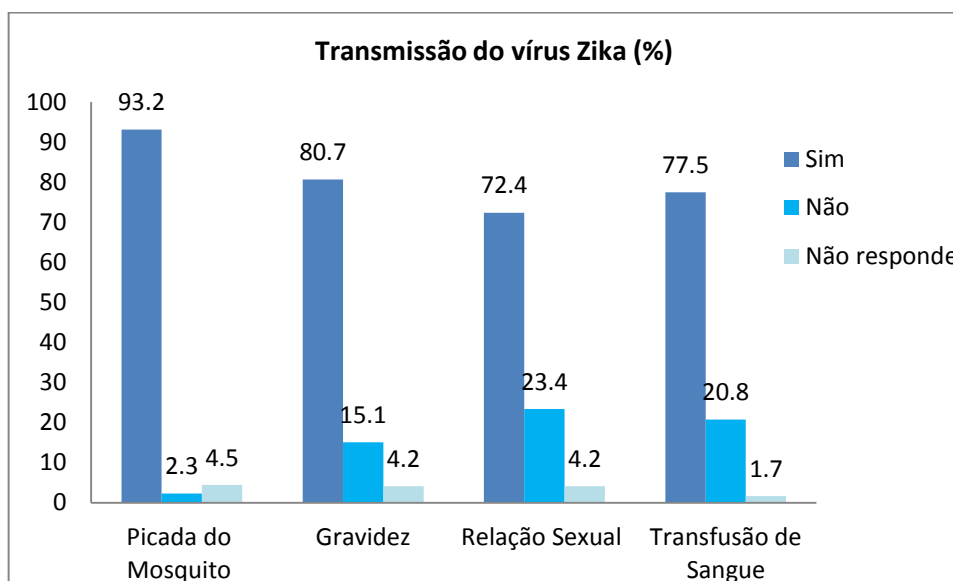
Fonte: Elaboração própria

Do estudo feito, (ver gráfico nº 5) pode-se depreender que 93,2% dos inquiridos sabem que em Cabo Verde é o mosquito *Aedes aegypti* o responsável pela transmissão do Zika, enquanto 4,5% não responde e 2,3% diz que não sabe.

Por outro lado, 80,7% dos inquiridos estão cientes que o vírus Zika pode passar de mãe para o filho durante a gravidez., enquanto 15,1% diz que não e 4,2% não responde.

Relativamente à relação sexual, 72,4% respondeu que sim, enquanto 23,4% diz que não e 4,2% não responde. Quanto à transfusão de sangue, 77,% dos inquiridos responde sim, 20,8 responde não e 1,7% não responde, como se pode notar no gráfico 5.

Gráfico nº 6 - Como se transmite o Zika: Picada do mosquito *Aedes Aegypti*, transmissão sexual e gravidez



Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos sintomas, 90,3 por cento (%) dos inquiridos disseram que identificam os sintomas do Zika através de manchas vermelhas na pele, enquanto 8,1% não sabe e 1,6% não responde à pergunta do inquiridor. 62,0% dos inquiridos dizem que identificam a doença através do cansaço, enquanto 35,0 diz não saber e 1,6% não responde.

Do estudo feito, conclui-se ainda que 76,2 % dos inquiridos identificam o Zika através da febre, enquanto 21,6% afirma que não sabe e 2,2% não responde. 88,6% dos inquiridos deixaram entender que identificam o Zika através de dores nas articulações, enquanto 9,7% não sabe e 1,7% não responde.

67,9% dos inquiridos dizem que identificam o Zika através de dores nos olhos, enquanto 29,9% não soube responder e 1,7% preferiu não responder.

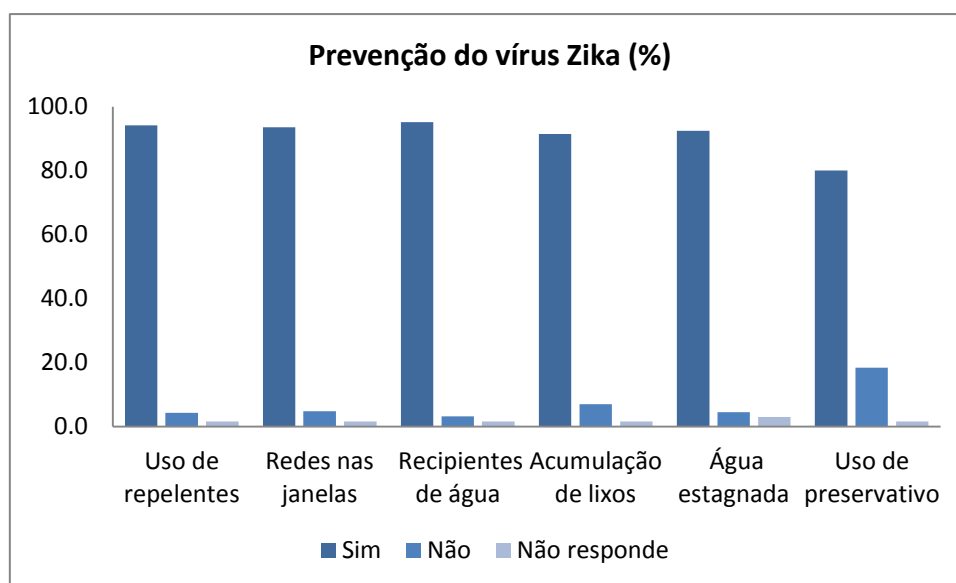
Tabela nº 5: Quais são os sintomas

Sintomas	Sim	Não	Não responde
Manchas vermelhas na pele	90,3	8,1	1,6
Cansaço	62,0	35,0	3,6
Febre	76,2	21,6	2,2
Dores nas articulações	88,6	9,7	1,7
Dores nos olhos	67,9	29,9	2,2

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à forma de se prevenir contra as picadas do mosquito (ver gráfico nº 6), mais de 91% dos inquiridos apontam o uso de repelentes e a colocação das redes nas janelas, frestas e portas como meio eficaz de proteção. Mostraram, ainda, estarem cientes de que a eliminação das águas estagnadas, assim como a manutenção sempre coberto dos recipientes com água são importantes na luta contra a disseminação do mosquito vetor do Zika.

Gráfico nº 7 – Como se previne o Zika



Elaboração própria

No que concerne à contribuição das informações (Tabela nº 5) na mudança dos hábitos dos cabo-verdianos em relação aos factores que contribuem para ambientes

favoráveis à proliferação de mosquitos vetores do vírus Zika, 93,1 por cento (%) dos inquiridos disseram sim contra 1,6% que disse que não. 3,7% não responde.

Quanto à linguagem utilizada na comunicação, 92,1% dos entrevistados afirmaram que foi acessível, enquanto 1,1% afirmou que não, 4,8% não sabe e 2,1% não responde (Tabela nº 6).

Tabela nº 6 – Contribuição das informações para mudar os hábitos e a acessibilidade da linguagem utilizada

	Sim	Não	Não Responde	Não Sabe	Total %
As informações contribuíram para mudar os seus hábitos?	93,1	1,6	3,7	1,6	100
A linguagem utilizada foi acessível?	92,1	1,1	2,1	4,8	100

Fonte: Elaboração própria

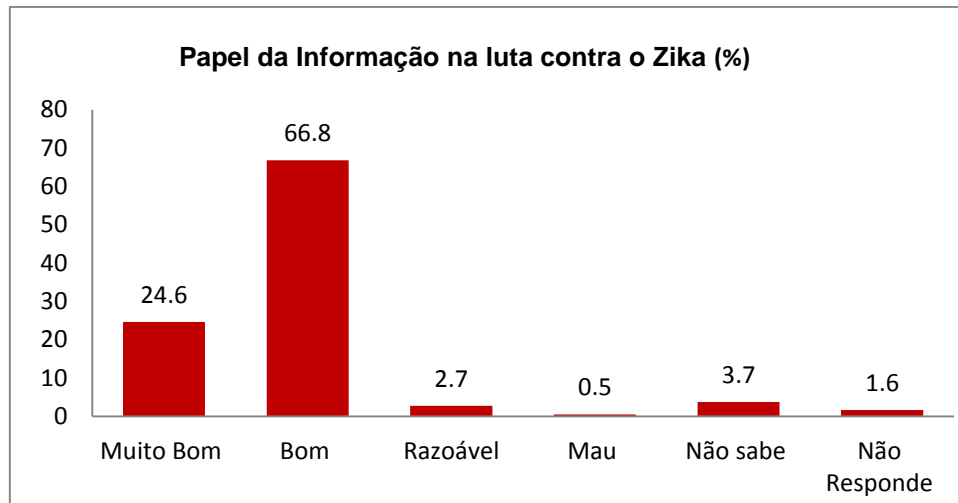
Tabela nº 7 - Cruzamento Total das variáveis a Nível de Escolaridade

Cruzamento Total das variáveis a Nível de Escolaridade				
	Ensino Primário	Ensino Secundário	Ensino Superior	Total (%)
As informações foram esclarecedoras?	41	97	43	181
Contribuíram para aumentar o seu conhecimento em relação ao Zika?	40	92	40	172
Como foi o papel da informação na luta contra o Zika?	40	90	42	172
A linguagem utilizada foi acessível?	40	95	43	178
Acompanhou a epidemia do Zika em Cabo Verde?	41	97	43	181

Fonte: Elaboração própria

Deste estudo pode-se também concluir, conforme ilustra o gráfico nº 7, que 66.8% dos inquiridos entendem que o papel da informação na luta contra o Zika foi bom, enquanto 24.6% respondeu muito bom. 2.7% dos inquiridos disse que foi razoável, 0.5% achou mau e 3.7 não sabe qual foi o papel da informação nessa luta.

Gráfico nº 8 – Papel da Informação na luta contra o Zika



Fonte: Elaboração própria

Na variável nível de escolaridade, 97% dos inquiridos com o ensino secundário responderam que as informações foram esclarecedoras contra 43% dos que possuem o ensino superior. Aqui ficou claro que os detentores do ensino superior preferiam que as informações veiculadas contessem maior índice de esclarecimento. 41% dos respondentes com o ensino primário entendem que as informações foram esclarecedoras.

Quanto ao aumento do conhecimento em relação ao Zika, 92% dos inquiridos com o nível secundário disseram que as informações contribuíram para aumentar o seu nível de conhecimento; 40% dos que possuem do ensino superior responderam sim, bem como 40% dos que têm apenas o ensino primário.

No que tange ao papel da informação na luta contra o vírus Zika, verifica-se que 90% das pessoas com o ensino primário acham que foi bom contra 42% dos titulares de um diploma do ensino superior e 40% dos que têm apenas o ensino primário.

Quanto à acessibilidade da linguagem utilizada, 95% dos inquiridos com o ensino secundário considera acessível, contra 43% dos técnicos superiores e 40% com a instrução primária.

O estudo leva-nos a concluir que 97% dos inquiridos com o ensino secundário acompanharam a epidemia do Zika em Cabo Verde contra 41% com o ensino primário e 43% com o ensino superior.

De uma forma geral (ver tabela nº 6), há uma percentagem muito elevada de pessoas que acompanharam o surto do vírus Zika em Cabo Verde, tendo, como é óbvio, Santiago a ilha onde esta percentagem é mais elevada, tendo em conta o seu peso demográfico no contexto nacional.

Tabela nº 8: Acompanhamento da epidemia do Zika em Cabo Verde

Acompanhou a epidemia do Zika em Cabo Verde?			
Ilha	Resposta	Frequência	Percentagem
Boa Vista		18	100,0
Maio	Não	2	16,7
	Sim	9	75,0
	Não responde	1	8,3
	Total	12	100,0
Santiago	Não	7	5,2
	Sim	127	94,8
	Total	134	100,0
Fogo	Não	2	10,5
	Sim	17	89,5
	Total	19	100,0
Brava	Não	1	11,1
	Sim	8	88,9
	Total	9	100,0

Os cabo-verdianos avaliam muito positivo o papel da informação na luta contra o Zika e que a linguagem utilizada foi acessível, conforme nos indica as tabelas nº 9 e nº 8, respectivamente, deste estudo.

Tabela nº 9

Como foi o papel da informação na luta contra o Zika?			
Ilha	Resposta	Frequência	Porcentagem
Boa Vista	Bom	11	61,1
	Muito Bom	7	38,9
	Total	18	100,0
Maio	Bom	7	58,3
	Muito Bom	1	8,3
	Não responde	4	33,3
	Total	12	100,0
Santiago	Mau	1	,7
	razoável	5	3,7
	Bom	87	64,9
	Muito Bom	33	24,6
	Não sabe	5	3,7
	Não responde	3	2,2
Total	134	100,0	
Fogo	Bom	14	73,7
	Muito Bom	3	15,8
	Não sabe	1	5,3
	Não responde	1	5,3
	Total	19	100,0
Brava	Bom	6	66,7
	Muito Bom	2	22,2
	Não sabe	1	11,1
	Total	9	100,0

Tabela nº 10. A linguagem utilizada era acessível

A linguagem utilizada foi acessível ?			
Ilha	Resposta	Frequência	Porcentagem
Boa Vista	Sim	17	94,4
	Ausente	1	5,6
	Total	18	100
Maio	Sim	9	75
	Não responde	3	25
	Total	12	100
Santiago	Não	1	0,7
	Sim	126	94
	Não sabe	1	0,7
	Não responde	5	3,7
	Total	133	99,3
	Ausente	1	0,7
	Total	134	100
Fogo	Não	1	5,3
	Sim	16	84,2
	Não sabe	1	5,3
	Não responde	1	5,3
	Total	19	100
Brava	Sim	6	66,7
	Não sabe	2	22,2
	Total	8	88,9
	Ausente	1	11,1
	Total	9	100

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser a epidemia do Zika um caso de estudo raro e por ser a primeira vez que bate as portas de Cabo Verde, este fator condicionou sobremaneira o nosso trabalho de pesquisa. Cabo Verde, depois do Brasil, é o primeiro país de língua oficial portuguesa a registar casos do vírus Zika importado daquele país da América Latina, conforme estudos da OMS.

A elaboração deste trabalho não se afigurou muito fácil, mas foi gratificante trilhar o caminho que nos levou a compreender melhor a epidemia do Zika e suas consequências socioeconómicas. O vírus identificado em Cabo Verde, segundo a Organização Mundial de Saúde, veio do Brasil. Esta circunstância levou-nos a encetar uma viagem às terras do Vera Cruz à descoberta de mais informações relevantes sobre o Zika, sempre na perspectiva de apresentarmos um trabalho circunstanciado sobre este vírus e suas consequências para a saúde do Homem.

A presença deste vírus no arquipélago surpreendeu as autoridades sanitárias do país que, no entanto, não pouparam esforços no sentido de combater esta doença e garantir tranquilidade aos cabo-verdianos que foram confrontados com uma epidemia inédita de um vírus que marcou algumas famílias que viram os seus bebés a nascer com a microcefalia, uma doença que vão carregar por toda a vida.

Não obstante o mosquito *Aedes aegypti*, transmissor do vírus Zika, ter sido identificado em Cabo Verde desde 1510, o vírus só aportou Cabo Verde em 2015, numa altura em que a transportadora aérea nacional (TACV-Cabo Verde Airlines) realizava dois voos semanais para o Brasil. Daí há quem tenha dito, em jeito de humor, que o Zika viajou nas asas da TACV.

Em suma, o cabo-verdiano desde sempre coabitou com o mosquito transmissor *Aedes aegypti*, responsável também pela transmissão de doenças como Dengue, Febre Amarela e Chikungunya. Não há memória de em Cabo Verde se terem registado casos de Chikungunya, mas em relação à Febre Amarela, o país conheceu o primeiro caso em 1510, segundo Santa Rita Vieira, no seu livro *História da Medicina em Cabo Verde*, pág. 26, citando Fernando da Silva Correia

A chegada deste vírus a estas ilhas do Atlântico Médio fez com que alguns investigadores prognosticassem uma situação crítica para o continente africano, onde, conforme disseram, além da sua debilidade em matéria de técnicos de saúde, confronta-se com a problemática do saneamento do meio ambiente. Tudo isto junto era apontado como fator importante para a disseminação da doença em África.

Malgrado todas as expetativas sombrias, as autoridades de saúde do país, através da criação de equipas multisectoriais, conseguiram dar um combate sem trégua ao Zika, tornando o país livre deste vírus. Isto foi graças à resiliência e à capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

A problemática do saneamento, tal como no passado, continua a estar intrinsecamente ligada às epidemias em Cabo Verde. Aliás, o Professor Christovam Barcellos, comparando o arquipélago com o Brasil, em matéria de saneamento básico, é perentório ao afirmar que, em Cabo Verde como no Brasil, há alta concentração de mosquito *Aedes*, “capaz de disseminar a doença, e áreas que não contam com o saneamento básico adequado”.

Por sua vez, Santa Rita Vieira, no seu livro “*História da Medicina em Cabo Verde*” aponta a questão do saneamento como estando na origem das várias epidemias ocorridas nas ilhas nos anos de 1510 a 1857.

Este mesmo autor refere-se ainda a medidas de saneamento adotadas em 1847, com vista ao esgotamento das águas estagnadas no interior das fazendas que rodeavam a então Vila de Santa Maria da Esperança, hoje Cidade da Praia. Nessa época, a existência desses pântanos, que tornavam a Vila inóspeta, fizeram com que a capital fosse deslocada algumas vezes para ilhas como Boa Vista e Brava, consideradas mais propícias para acolher, ainda que temporariamente, o Governador e outros altos dignatários que não estavam habituados ao clima e à insalubridade da Capital.

Entretanto, hoje não existem os tais pântanos, mas as autoridades são confrontadas com outros desafios, ou seja, os lençóis de água no subsolo que constituem uma autêntica dor de cabeça na luta contra os mosquitos. É que as valas cobertas de drenagem das águas pluviais recebem diariamente centenas de metros cúbicos de água que para ali são injetadas para evitar a sua acumulação nas caves dos prédios construídos. É aí que também reside o grande problema do combate às águas paradas. São águas propícias ao desenvolvimento do mosquito *Aedes aegypti*, causador de doenças como o Zika, a Febre Amarela e a Dengue.

A realização deste trabalho levou-nos a concluir que a população cabo-verdiana está muito bem informada sobre o vírus Zika e sua forma de transmissão, o que, no entanto, não se reflete em relação às atitudes, nomeadamente que têm a ver com as suas responsabilidades atinentes à limpeza das suas casas e meios que as rodeiam.

Deste estudo conclui-se, ainda, que as informações, através dos *media*, foram ferramentas importantes utilizadas para a promoção da saúde, prevenção da doença, neste caso o Zika.

O vírus Zika constitui um novo desafio para a comunidade médica. Disto dá-nos conta a pesquisadora Débora Diniz (2016) que, segundo ela, o paciente número zero no Brasil é gêmeo com um outro menino, que, porém, não foi afetado pelo vírus.

Para medir o nível de conhecimento, atitudes e práticas da população em relação a este vírus, aplicámos um questionário nas ilhas de Santiago, Fogo, Maio, Brava e Boa Vista, abrangendo um total 192 inquiridos distribuídos da seguinte forma: Santiago 133; Fogo 19; Boa Vista 18; Maio 12; e Brava 9.

Em termos de caracterização sociodemográfica, foram inquiridos 105 indivíduos do sexo feminino e 87 do sexo masculino. Deste total, 61 inquiridos têm a idade compreendida entre os 15 e 30 anos e 90 entre os 30 e 45 anos de idade. Um dos inquiridos não declarou a sua idade. 69,8 por cento (%) das pessoas inquiridas estão em Santiago contra 9,9% no Fogo, 9,4% na Boa Vista, 6,3% no Maio e 4,7% na Brava.

Nesta amostra, 116 dos inquiridos são funcionários, 26 desempregados, 11 estudantes e um não respondeu sobre a sua profissão.

Quanto ao nível de escolaridade, 41 inquiridos disseram possuir o ensino primário, 97 ensino secundário; 10 ensino médio e 43 ensino superior. Um dos inquiridos não respondeu sobre o seu nível de escolaridade.

Este estudo revelou que a televisão é o principal órgão de comunicação social através do qual os cabo-verdianos acompanharam a campanha contra o Zika.

Um outro dado importante deste estudo é que 92,2% dos entrevistados disseram que as informações disponibilizadas sobre a epidemia do Zika foram esclarecedoras.

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que a informação teve um papel preponderante no sentido de esclarecer as pessoas sobre a presença no país de uma doença nova e aumentar o seu nível de conhecimento em relação à sua transmissão e forma de se preveni-la.

Além disso, os inquiridos revelaram que as informações transmitidas contribuíram para a mudança dos seus hábitos e que a linguagem utilizada era acessível.

Importa ainda salientar que o fato de Cabo Verde possuir uma população letrada bastante desenvolvida contribuiu para que as mensagens relativas à epidemia do Zika e suas consequências passassem. O Inquérito Múltiplo Objetivo Contínuo (IMC)-2017 revela que o país tem uma taxa de alfabetização na ordem dos 89% para os adultos, enquanto na faixa etária entre 15 e 24 anos de idade esta taxa é de 98,9%.

Este estudo, que pretendemos que seja uma modesta contribuição para um conhecimento mais alargado sobre o Zika, permitiu-nos concluir que o aumento de casos de bebés com microcefalia em Cabo Verde está intrinsecamente ligado à epidemia deste vírus.

Por outro lado, levou-nos concluir até que ponto um cidadão informado se defende melhor de doenças, como o caso do Zika.

Ao escolhermos o tema deste trabalho de dissertação do nosso mestrado, pretendíamos também conhecer o paciente 0 do Zika em Cabo Verde, mas tal não foi possível, pois, como se sabe, a entrada deste vírus no país apanhou as autoridades sanitárias desprevenidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Gisela (2016), “Grande Reportagem Microcefalia”, Rádio de Cabo Verde, 26.12.2016.

AROSO, Inês (2015), “Qualidade da promoção da saúde nos media em Portugal: o caso do Ébola”; Universidade de Os Trás-os-Montes e Alto Douro.

AROSO, Inês (2012), “As redes sociais como ferramentas de jornalismo participativo nos meios de comunicação regionais: um estudo de caso”, in *Biblioteca Online de Ciências da Comunicação* (BOCC). Disponível em: (<http://bocc.pt/pag/aroso-ines-itenet-jornalista.pdf>).

BAKER, D. et al. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92, 1278-1283.

BAKER, D., Parker, R., Williams, M., Clark, W. & Nurss, J. (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *American journal of public health*, 87, 1027-1030.

CARDIA, Mário (1965), “Valor da Imprensa na Medicina Contemporânea”. Separata de *O Médico*, 702-706

COELHO, Gisela (2015), “Victor Fidalgo antevê aumento ‘significativo’ do fluxo turístico”. *A Nação*, 28 de Janeiro, pp. V4.

CORREIA, Fernando da Silva, (1958) “Subsídios para a história da saúde pública portuguesa do séc. XV a 1822 – Semanário “O Médico” – Ano IX, nº 347, de 24 de Abril de 1958, vol. VII”.

DINIS, Débora (2016): *Zica: “do Sertão nordestino à América Global”*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira”.

DOYLE, G., Cafferkey, K. & Fullam, J. (2012). *The European Health Literacy Survey: Results from Ireland: Dublin, Ireland.* University College Dublin.

EICHLER, K., Wieser, S. & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*, 54, 313-324.

ÉVORA, Silvino (2018). *Comunicação Social e Cidadania*, ISEditorial, Printer Portuguesa, 2018.

FAWCETT, S. et al. (2010) Constructing an action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. *Global health promotion*, 17, 52-56.

FERIN, I. (2009). A cobertura jornalística da imigração: para uma teoria da notícia televisiva. *Revista Comunicação e Sociedade*, 15, 191-214.

FERNANDES, P. (2012) Literacia em saúde: Contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS–Newest Vital Sign. Dissertação de Mestrado, ISPA - Instituto Universitário, Portugal.

GLIK, Deborah (2004), “Health Communication in Popular Media Formats”. American Public Health Association 131st Annual Meeting. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/466709?src=sideseach> [consultado em 19-11-2004].

GONÇALVES, Ana Margarida (2015) *Literacia em Saúde e utilização dos serviços de saúde*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto.

GUERRA, Miller (1961). *Medicina e sociedade*. Lisboa: Livraria Morais Editora.

KICKBUSH, I. [et al.] - Health literacy : the solid facts. [Em linha]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013. [Consult. 12 jan. 2016]. Disponível http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

LIMA, Astride (2017), Programa “Viver com Saúde”, da Rádio de Cabo Verde

LIMA Isabel (2012) – *Inundações urbanas: desafios ao ordenamento do território. O caso da Cidade da Praia (Cabo Verde)*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa – Instituto de Geografia e Ordenamento do Território

MELO, L. C. F. - Relação entre literacia em saúde, adesão à terapêutica e crenças sobre a medicação de uma população utilizadora de medicamentos no Brasil. [Em linha] Coimbra: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, 2015.

MESQUITA, Mário (2004) 2ª edição: “O Quarto Equívoco - O poder dos Media na sociedade contemporânea”, Coimbra, editora, MinervaCoimbra.

NUTBEAM, D. (2009) Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health*, 54, 303-305.

SANTA RITA VIEIRA, L. Henrique, (1987) “*História da Medicina em Cabo Verde*”; Praia: Instituto Cabo-verdiano do Livro e do Disco.

SERRA, Paulo (2009), A mediatização dos riscos: o caso dos riscos ambientais. Biblioteca on-line de ciências de comunicação. (Internet) disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/bocc-serra-mediatizacao.pdf> (consultado em dezembro de 2017).

SANTOS e SANTOS, Teresa Cristina (2016) *Literacia para a Saúde no contexto angolano*. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública.

NOGUEIRA, Helena e REMOALDO, Paula Cristina, (2010) “*OLHARES GEOGRÁFICOS SOBRE A SAÚDE*” ; edição: Edições Colibri, Outubro de 2010.

ROSA, F. de M. Poder, Direito e Sociedade. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

SØRENSEN, K. et al. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13, 948.

Segre, M. & Ferraz, F. (1997). O conceito de saúde. *Revista de saúde pública*, 31, 538-542.

SPEROS, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 633-640.

(http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160324_zika_hipotese_copa_rm
, consultado às 10:24, do dia 22 /09/2017)

TEIXEIRA, Maria do Céu, **MONIZ**, Edna, **FERREIRA**, Sónia, **FERNANDES**, Eveline, **CRUZ**, António, **MONTEIRO**, Maria de Lourdes (2016), “Organização da Resposta aos Afetados pelo Vírus Zika no HAN”. *Revista Ordem dos Médicos*, 20, 8-16.

World Wide Web:

Internet

(http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160218_uganda_zika_lgb -
consultado a 23/09/2017, às 4:49 PM)

(http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160324_zika_hipotese_copa_rm
, consultado às 10:24, do dia 22 /09/2017)

(http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160324_zika_hipotese_copa_rm
, consultado às 10:24, do dia 22 /09/2017)

Revista: Ciência & Saúde Colectiva, 2003, Vol.8, p.137-150 (www.b-on.pt);

<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>- consultado dia 23/5/2017: 19:
30h

http://www.climasaude.icict.fiocruz.br/index.php?pag=tc_ve- consultado dia
17.09.2017 as 15:30h.

www.paho.org/bra/index.php?option...id...oms...zika-em-cabo-verde... (consultado
no dia 13/01/17)

<https://www.vix.com/pt/noticias/535625/como-o-zika-chegou-ao-brasil-e-como-vamos-exporta-lo-para-outros-paises> Christovam Barcellos

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/zika-cabo-verde/en/> (entrada
do zika em CV)

<http://ultimosegundo.ig.com.br/igvigilante/2016-02-18/uganda-por-que-o-berco-do-zika-nunca-teve-nenhum-surto.html> (consultado a 23/09/2017, às 4:49
PM)

<http://www.bocc.ubi.pt/pag/bocc-serra-mediatizacao.pdf>
<https://www.questionpro.com/blog/pt-br/o-que-e-amostragem-de-bola-de-neve/>
(consultado no dia 16/01/19)

Dissertação

Artigos

FREITAS, Machado (2003): *Problemas ambientais, saúde colectiva e ciências sociais*; *Revista Ciência & Saúde Colectiva*, 2003, Vol.8, p.137-150 (www.b-on.pt).

MARINE Combe et al., (2017),: *Global and local environmental changes as drivers of Buruli ulcer emergence*. *Emerging Microbes & Infections* (2017) 6, e 22; doi:10.1038/emi.2017.7

OLIVEIRA, Polline (2007): *Meio Ambiente e Mídia: Uma análise da cobertura sócioambiental*; pp. 10

NOGUEIRA, Helena e **REMOALDO**, Paula Cristina, (2010) “*OLHARES GEOGRÁFICOS SOBRE A SAÚDE*”.

Documentos Oficiais consultados

Constituição da República de Cabo Verde, Revisão de 2010;

Plano Nacional de Saúde de Cabo Verde, elaborado em 2007

ANEXOS

Anexo de questionários

No quadro do mestrado em Jornalismo, na Escola Superior de Comunicação Social do Instituto Politécnico de Lisboa, cujo tema é “O papel da informação no reforço da literacia sanitária- **O caso da epidemia de Zika em Cabo Verde**”, pretendemos aplicar o presente questionário, pelo que contamos com a sua colaboração.

Sexo:-----Idade-----

Residência/Bairro:-----Ilha-----Profissão-----
----Nível de escolaridade-----

Assinale com um **X** as suas respostas

1. Acompanhou a epidemia do Zika em Cabo Verde? Sim-----Não-----Não sabe-----
Não responde-----

2. Como que acompanhou? Rádio-----Televisão-----Jornal-----Revista-----
Panfletos-----Palestras-----Não sabe-----Não responde-----

3. As informações foram esclarecedoras? Sim-----Não-----Não sabe-----Não responde-----

4. Contribuíram para aumentar o seu conhecimento em relação ao Zika? Sim-----Não-----
--Não sabe-----Não responde-----

5. Como se transmite o Zika? Picada do mosquito Aedes Aegypti-----De mãe infetada para
o bebé durante a gravidez-----Relação sexual com parceiro(a) infetado(a) pelo vírus Zika-----
-----Transfusão de sangue contaminado por vírus Zika-----Não sabe-----Não responde-----

6. Quais são os sintomas? Manchas vermelhas na pele, com ou sem coceira-----Febre
baixa ou ausente-----Cansaço-----Dor de cabeça-----Dores musculares nas articulações-----
-----Dores nos olhos (olhos vermelhos)-----Não sabe-----Não responde-----

7. Como se previne o Zika? Uso de repelentes-----Redes nas janelas, frestas e portas-----
-----Manter os recipientes de água sempre cobertos-----Evitar a acumulação de lixos-----
Eliminar água estagnada-----Uso de preservativo-----Não sabe-----Não responde-----

8. Como adquiriu esses conhecimentos? Profissionais de saúde-----Famíliares-----
Mídia-----Não sabe-----Não responde-----

9. As informações contribuíram para mudarem os seus hábitos? Sim-----Não-----Não
sabe-----Não responde-----

10. Como foi o papel da informação na luta contra o Zika? Bom-----Muito Bom-----
-----razoável-----Mau-----Não sabe-----Não responde-----

11. A linguagem utilizada era acessível? Sim-----Não-----Não sabe-----Não
responde-----

Questionário

No quadro do mestrado em Jornalismo, na Escola Superior de Comunicação Social do Instituto Politécnico de Lisboa, cujo tema é “O papel da informação no reforço da literacia sanitária- **O caso da epidemia de Zika em Cabo Verde**”, pretendemos aplicar o presente questionário, pelo que contamos com a sua colaboração.

Sexo:-----M-----Idade-----42-----

Residência/Bairro:-----A. S. Filipe-----Ilha-----S. Tiago-----
-----Profissão---Médico-----Nível de escolaridade-----Técnico Superior-----

Assinale com um **X** as suas respostas

1. Acompanhou a epidemia do Zika em Cabo Verde? Sim---X---Não-----Não sabe-----
Não responde-----

2. Como que acompanhou? Rádio----X-----Televisão---X-----Jornal-----Revista-----
Panfletos----X--Palestras---X-----Não sabe-----Não responde-----

3. As informações foram esclarecedoras? Sim----X-----Não-----Não sabe-----
Não responde-----

4. Contribuíram para aumentar o seu conhecimento em relação ao Zika? Sim---X---Não---
-----Não sabe---Não responde-----

5. Como se transmite o Zika? Picada do mosquito Aedes Aegypti---X---De mãe infetada
para o bebé durante a gravidez---X-----Relação sexual com parceiro(a) infetado(a) pelo vírus
Zika-----X-----Transfusão de sangue contaminado por vírus Zika---X-----Não sabe-----
Não responde-----

6. Quais são os sintomas? Manchas vermelhas na pele, com ou sem coceira---X---Febre
baixa ou ausente---X---Cansaço---X---Dor de cabeça---X---Dores musculares nas
articulações---X---Dores nos olhos (olhos vermelhos)---X---Não sabe-----Não responde-----

7. Como se previne o Zika? Uso de repelentes---X-----Redes nas janelas, frestas e portas---
-X-----Manter os recipientes de água sempre cobertos---X-----Evitar a acumulação de lixos--X-
---Eliminar água estagnada---X---Uso de preservativo---X-----Não sabe-----Não responde-----

8. Como adquiriu esses conhecimentos? Profissionais de saúde-----Famíliares---
-----Mídia---X---Não sabe-----Não responde-----

9. As informações contribuíram para mudarem os seus hábitos? Sim---X-----Não-----
Não sabe---Não responde-----

10. Como foi o papel da informação na luta contra o Zika? Bom-----X-----Muito Bom---
--razoável-----Mau-----Não sabe-----Não responde-----

11. A linguagem utilizada era acessível? Sim----X----Não-----Não sabe-----
Não responde-----

Questionário

No quadro do mestrado em Jornalismo, na Escola Superior de Comunicação Social do Instituto Politécnico de Lisboa, cujo tema é “O papel da informação no reforço da literacia sanitária- **O caso da epidemia de Zika em Cabo Verde**”, pretendemos aplicar o presente questionário, pelo que contamos com a sua colaboração.

Sexo:-----M-----Idade-----40-----

Residência/Bairro:-----Cidade Velha-----Ilha—S. Santiago-----Profissão-----
-----Agricultor-----Nível de escolaridade-----10º Ano-----

Assinale com um **X** as suas respostas

1. Acompanhou a epidemia do Zika em Cabo Verde? Sim---X---Não-----Não sabe-----
Não responde-----

2. Como que acompanhou? Rádio---X-----Televisão---X-----Jornal-----Revista-----
--Panfletos-----Palestras-----Não sabe-----Não responde-----

3. As informações foram esclarecedoras? Sim---X-----Não-----Não sabe-----
Não responde-----

4. Contribuíram para aumentar o seu conhecimento em relação ao Zika? Sim---X---Não---
-----Não sabe---Não responde-----

5. Como se transmite o Zika? Picada do mosquito Aedes Aegypti--X---De mãe infetada
para o bebé durante a gravidez---X-----Relação sexual com parceiro(a) infetado(a) pelo vírus
Zika---X-----Transfusão de sangue contaminado por vírus Zika--X-----Não sabe-----
Não responde-----

6. Quais são os sintomas? Manchas vermelhas na pele, com ou sem coceira---X---Febre
baixa ou ausente---X---Cansaço-----Dor de cabeça-----Dores musculares nas
articulações---X---Dores nos olhos (olhos vermelhos)-----Não sabe-----Não responde-----

7. Como se previne o Zika? Uso de repelentes---X-----Redes nas janelas, frestas e portas---
-X-----Manter os recipientes de água sempre cobertos---X-----Evitar a acumulação de lixos--
X---Eliminar água estagnada--X---Uso de preservativo---X---Não sabe-----Não
responde-----

8. Como adquiriu esses conhecimentos? Profissionais de saúde---X-----Famíliares-----
-----Mídia--X---Não sabe-----Não responde-----

9. As informações contribuíram para mudarem os seus hábitos? Sim---X-----Não-----
Não sabe-----Não responde-----

10. Como foi o papel da informação na luta contra o Zika? Bom---Muito Bom---X-----
--razoável-----Mau-----Não sabe-----Não responde-----

11. A linguagem utilizada era acessível? Sim---X-----Não-----Não sabe-----
Não responde-----

Questionário

No quadro do mestrado em Jornalismo, na Escola Superior de Comunicação Social do Instituto Politécnico de Lisboa, cujo tema é “O papel da informação no reforço da literacia sanitária- **O caso da epidemia de Zika em Cabo Verde**”, pretendemos aplicar o presente questionário, pelo que contamos com a sua colaboração.

Sexo:---F-----Idade---47-----

Residência/Bairro:---ASA-----Ilha---S. Tiago-----Profissão--Economista-----
Nível de escolaridade---T Superior-----

Assinale com um **X** as suas respostas

1. Acompanhou a epidemia do Zika em Cabo Verde? Sim--X-----Não-----Não sabe-----
Não responde-----

2. Como que acompanhou? Rádio---X-----Televisão---X-----Jornal---X-----Revista-----
--Panfletos-----X-----Palestras-----Não sabe-----Não responde-----

3. As informações foram esclarecedoras? Sim---X-----Não-----Não sabe-----
Não responde-----

4. Contribuíram para aumentar o seu conhecimento em relação ao Zika? Sim---X---Não---
---Não sabe---Não responde-----

5. Como se transmite o Zika? Picada do mosquito Aedes Aegypti---X---De mãe infetada
para o bebé durante a gravidez---X-----Relação sexual com parceiro(a) infetado(a) pelo vírus
Zika---X-----Transfusão de sangue contaminado por vírus Zika---X---Não sabe-----Não
responde-----

6. Quais são os sintomas? Manchas vermelhas na pele, com ou sem coceira--X----Febre
baixa ou ausente--X-----Cansaço-----Dor de cabeça--X----Dores musculares nas
articulações--X-----Dores nos olhos (olhos vermelhos)--X-----Não sabe-----Não responde-----

7. Como se previne o Zika? Uso de repelentes----X-----Redes nas janelas, frestas e portas---
-X-----Manter os recipientes de água sempre cobertos---X-----Evitar a acumulação de lixos--
X---Eliminar água estagnada--X---Uso de preservativo---X-----Não sabe-----Não
responde-----

8. Como adquiriu esses conhecimentos? Profissionais de saúde----X-----Famíliares-----
-Mídia--X-----Não sabe-----Não responde-----

9. As informações contribuíram para mudarem os seus hábitos? Sim---X-----Não-----
Não sabe-----Não responde-----

10. Como foi o papel da informação na luta contra o Zika? Bom-----Muito Bom---
X-----razoável-----Mau-----Não sabe-----Não responde-----

11. A linguagem utilizada era acessível? Sim---X-----Não-----Não sabe-----
Não responde-----