Advance Africa Project's Mozambique Program: Knowledge, Practices, and Coverage Survey Report

Celso Mondlane, Elvira Beracochea

September 2004

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of Cooperative Agreement Number HRN-A-00-00-00002-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Advance Africa Project
Management Sciences for Health
4301 North Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, Virginia 22203
Telephone: 703-310-3500
www.msh.org

4301 N. Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203
Tel: (703) 310-3500
Fax: (703) 524-7898
www.advanceafrica.org

Expanding family planning and reproductive health services in Africa

Mozambique Program:

Knowledge, Practices, and Coverage Survey Report

Celso Mondlane
Elvira Beracochea

September 2004

Photo copyright Advance Africa

Partner organizations: Academy for Educational Development • Centre for African Family Studies
Deloitte Touche Tohmatsu • Forum for African Women Educationalists
Family Health International • Management Sciences for Health

Advance Africa is sponsored by the United States Agency for International Development

EXECUTIVE SUMMARY

The third strategic objective (SO3) of USAID/Mozambique calls for “increased use of MCH/FP services.” The Mission aimed to achieve this objective through close collaboration with cooperating agencies (CAs), private voluntary organizations (PVOs) and non-governmental organizations (NGOs). In 2001, the Health Services Delivery Support (HSDS) project was launched, and the project subsequently conducted a baseline survey. In July 2003, the Advance Africa project took over from HSDS and provided technical assistance in FP/RH, managed the sub-awards to six NGO/PVOs working in 34 districts, coordinated CA and NGO/PVO activities, and assisted with monitoring and evaluation until 30 September 2004.

In July 2004, Advance Africa facilitated the implementation of a Knowledge Practices and Coverage (KPC) endline survey. Advance Africa coordinated the data collection and provided technical guidance for data entry and analysis using Epi-Info 3.22, and then pooled and analyzed the data from all provinces. Survey preparations, including data collectors’ training and questionnaire pre-testing, took place in May, with data collection in June and data entry in July. Advance Africa received and integrated the last database in early August and prepared this consolidated report, which presents the findings and indicators of this endline survey, and compares them with the baseline findings and across provinces. Detailed reports of each province are also being prepared by the respective NGO/PVOs, but were not available at the time this report was prepared.

In general, this report contains good news. Most findings showed improvements from baseline data. This report presents the magnitude of the improvements observed, but does not attempt to explain them. Although marked disparities in female education levels may partially explain the differences observed across provinces, the remarkable improvements in some of them indicate areas where certain provinces seem to have found better ways of reaching populations and expanding coverage. These “positive deviants,” which have overcome low literacy rates and other barriers to achieve marked increases in coverage, practices, and knowledge, deserve further operational reviews to align strategies and interventions with the presented results.

The findings also highlight priority health areas in provinces that have decreased or not improved as much as similar provinces, and emphasize the underlying need for strengthened female primary education. For example, Zambezia and Manica provinces have interesting lessons to share with other Provincial Health Directorates (DPS). Zambezia has showed the greatest increases in reporting knowledge of pregnancy danger signs, from 40.6% at the baseline to 71.6% at the endline. In addition, with exception of slight decreases in Gaza and Niassa, all provinces have shown increases in the coverage of antenatal care since baseline, with Zambezia showing the greatest proportional increase of more than 20% and Manica the highest coverage (85%).

Skilled health personnel assisted in 56.4% of the deliveries, also showing an increase from 44.2% in the baseline. In this case, the lessons come from Manica province, where the increase was the greatest (78.9%), followed by Gaza (70.8%), and Sofala (62.1%) provinces. The provinces of Nampula, Niassa and Zambezia, where less than 50% of deliveries were assisted by a health professional, might benefit from further research into the causes and contributing factors of these results, as well as from sharing lessons learned with more successful provinces.

Only one quarter of women are seen for postpartum visits in health facilities. This figure is higher in Manica and Gaza (nearly 28%), and lower in Niassa (19.3%). Compared to the baseline, there is an overall increase from 16.6% to 25.9%. Considering high immunization coverage rates (up to 80%), integrating postpartum visits with immunization services would help to avoid missed opportunities.

In nutrition, breastfeeding practices and vitamin A coverage were found to be areas of priority for further intervention and the provinces of Niassa and Zambezia may have interesting lessons to share in this regard. Overall, 54.1% of mothers reported having given immediate breastfeeding, with the highest rates being recorded in Niassa (65.7%) and Zambezia (64.5%) and the lowest in Gaza at 30.0%. Niassa and Zambezia double the coverage of this practice in Gaza, thus posing an opportunity to learn from their interventions.

The overall average for children exclusively breastfed was 37.1% for children below four months of age and 29.7% for those below six months of age. The breastfeeding indicator grew from 27.6% in the baseline to 29.7% in the endline (for infants below six months), and from 33.2% to 37.1% for infants below four months.

Sixty percent of mothers in Zambezia and 40% in Nampula were able to cite at least three vitamin A-rich foods. In Gaza, only 14% were able to cite vitamin A-rich foods, while near 20% was the proportion seen in the remaining provinces. However, more than 40% reported giving their children at least three vitamin A-rich foods in the last two weeks. In addition, 46% of children aged 6-23 months reportedly received a vitamin A dose in the last six months.

The care of sick children is still a challenge in most provinces. Home treatment of diarrhea and malaria prevention continue to be priority intervention areas, and should be the focus of renewed community-based and outreach efforts. The practice of giving oral rehydration therapy to children with diarrhea has decreased from baseline. While many children have mosquito nets over their beds, only about a third of the children actually slept under it.

Services dependent on NGO outreach activities, such as immunization, have shown remarkable increases. Compared to the baseline, there was a significant increase in the percentage of children aged 0-23 who were fully immunized (from 26.5% to 40.2%). This time Gaza was ranked the highest with 67%. In diphtheria, pertussis, and tetanus vaccine (DPT) coverage, Gaza reached the highest coverage of 81%, followed by Sofala with 72%.

The contraceptive prevalence rate increase from 9.2% to 12.9% for modern contraception methods marks an step in the right direction, but a greater magnitude had been expected. Two factors may have influenced this finding. First, we assume that this indicator was heavily influenced by the availability of contraceptives. In the last year, many provinces (particularly Zambezia and Nampula) have suffered prolonged stockouts. Second, the traditional preference of spacing births as opposed to limiting the number of children seems to be a more accepted strategy, as noted by effect of the recent Ministry of Health campaign launched in Gurue, Zambezia. Further studies should be carried out to measure birth spacing preferences and practices.

Finally, in most provinces knowledge regarding HIV transmission and prevention was reported by over 50% of respondents while comprehensive knowledge was reported by one fifth of the studied general population. Further work to increase knowledge and change behaviors should be the focus of future HIV/AIDS programs.

In summary, this endline report presents an encouraging picture of the knowledge and practices of the target populations and the coverage of the services provided by PVO/NGOs in the focus districts. The findings suggest that the unfinished agenda be focused on expanding female primary education and identifying best practices to improve nutrition, home management of the sick child, early detection of pregnancy danger signs, and coverage of postnatal care and family planning services and contraceptive security.

TABLE OF CONTENTS

EXECUTIVE SUMMARY I

TABLE OF CONTENTS III

LIST OF ABBREVIATIONS IV

INTRODUCTION 1

PURPOSE 2

OBJECTIVES 2

METHODS 2

RESULTS 6

DISCUSSION 25

CONCLUSIONS 26

RECOMMENDATIONS 28

ANNEX ONE 31

ANNEX TWO 61

LIST OF ABBREVIATIONS

AIDS	Autoimmune Deficiency Syndrome
ALRI	Acute Lower Respiratory Infection
ANC	Antenatal Care
CHT	Community Health Team
CLC	Community Leader Councils
DDS	Direccao Distrital de Saude (District Health Department)
DHS	Demographic and Health Survey
DPS	Direccao Provincial de Saude (Provincial Health Department)
DPT	Diphtheria, Pertussis, and Tetanus Vaccine
EPI	Expanded Program for Immunization
HAI	Health Alliance International
HCP	Health Communication Partnership
HIS	Health Information System
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSDS	Health Service Delivery Systems
IEC	Information, Education, and Communication
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness
IUD	Intrauterine Device
JHU	Johns Hopkins University
LAM	Lactational Amenorrhea Method
MCDI	Medical Care Development International
MCH	Maternal Child Health
M&L	Management and Leadership Project
MSH	Management Sciences for Health
MTCT	Maternal to Child Transmission of HIV
MOH	Ministry of Health
NGO	Nongovernmental Organization
OPV	Oral Polio Vaccine
ORT	Oral Rehydration Therapy
PPC	Postpartum Care
PPS	Probability Proportional to Size
RHF	Recommended Home Fluids
TBA	Traditional Birth Attendants
TdH	Terre des Hommes
STI	Sexually Transmitted Infections
VCT	Voluntary Counseling and Testing

INTRODUCTION

The third strategic objective (SO3) of USAID/Mozambique calls for "increased use of MCH/FP services." The strategy to achieve this objective includes close collaboration with CAs, private voluntary organizations PVOs and non-governmental organizations NGOs (Table 1).

In 2001, the Health Services Delivery Support (HSDS) Project was launched and subsequently conducted a baseline survey. In July 2003, the Advance Africa project took over from HSDS and has since been providing technical assistance in FP/RH and managing the sub-awards to six NGO/PVOs working in 34 districts.

Table 1. Cooperating Agencies, Private Voluntary and Non-Governmental Organizations coordinated by the Advance Africa Project in Mozambique

CAs:	PVOs/NGOs
- The CHANGE Project - Health Communications Partnership/Johns Hopkins University (HCP/JHU) - Helen Keller International - Management Sciences for Health	- Health Alliance International (HAI) - Medical Care Development International (MDCI) - Project HOPE - Save the Children - Terre des Hommes - World Vision

Since July 2003, Advance Africa has also been assisting USAID/Mozambique to coordinate, monitor, and evaluate the work of the CAs and PVO/NGOs, including Advance Africa's work during a transition period while the Mission developed a new strategy. The transition period ended on 30 August 2004.

This document presents the results of the Knowledge, Practices, and Coverage (KPC) Endline Survey conducted by the PVOs and NGOs and coordinated by Advance Africa. The data gathered by the partner PVO/NGOs was compiled and analyzed to assess and compare findings of the six provinces and 34 districts supported by USAID/Mozambique. Advance Africa has also calculated data based on a number of indicators that were discussed in a consensus meeting on 14 April in Maputo (see Annex 2). The data and indicators were compared with data from a baseline survey conducted by John Snow International in 2001.

PURPOSE

Provide USAID/Mozambique with information regarding progress towards its SO3: Increased use of essential MCH/FP services.

OBJECTIVES

1. To gather evidence of progress for partner NGOs and PVOs to measure results of their activities in selected districts since 2001
2. To compare performance of health activities across provinces
3. To develop recommendations to continue improvement of the delivery of services in the focus districts

METHODS

The KPC study was a multiple indicator survey using cluster sampling. Household was the basic sampling unit, and villages (*aldeias*) chosen proportionately to their population size, meaning that villages with larger populations had a proportionately greater chance of containing a selected cluster than smaller villages. Survey preparations, including data collectors' training and questionnaire pre-testing. took place in May, with data collection in June and data entry in July. Advance Africa received and integrated the last database in early August and prepared an analysis program using Epi-Info 3.22.

The study was conducted in 34 districts with NGO support in six provinces (Gaza, Manica, Sofala, Zambezia, Nampula and Niassa), and served as endline for comparison with the baseline conducted in 2001. The same methodology was used, as a meeting of CAS and PVOs/NGOs in 2003 produced a general consensus regarding the effectiveness of the original methodology.

Study Design

The KPC methodology for both baseline (2001) and endline (2004) included the selection of respondents from sampled households. Information from the respondents was required to measure indicators of contraceptive prevalence and knowledge of HIV/AIDS (among a sample of women aged 14-49 years), as well as child health indicators.

The first stage of sample selection consisted of selecting clusters in the districts as primary sampling units. The second stage identified households as the secondary sampling units in each selected cluster. A record of all households selected for the sample was kept – both those contacted and those unable to be reached (either due to being unoccupied, refusal, or eligible woman not at home).

For the purpose of the survey, each dwelling was regarded as a "household" and defined as a *group of people who usually live in the dwelling and slept there last night.* This excluded visitors to the dwelling. In order to reduce the likelihood of clustering of households, the sample of households was spread widely within the cluster by conducting an interview at every other household instead of the next nearest household.

Sample Size and Sampling

Sample size was calculated by accepting a wider margin of error for indicators based on one-year age groups of children. For example, for immunization coverage, the margin of error was established at 5% for an estimated prevalence of 32% for measles immunization. The minimum desired sample was estimated at 2370, consisting of 761 women (of reproductive age) or 672 mothers of children under age two in each province. To achieve this minimum sample required that 2600 households per province be visited divided by the number of focus districts (Table 2)**.** The sample was based on the number of households to be contacted per district.

Table 2. District level samples depending on the number of focus districts

Province	**No. of districts**	**Required No. of households per district**	**No. of under-twos per district**	**No. of women of reproductive age per district**
Manica	4	650	168	190
Gaza, Sofala	5	520	134	152
Nampula, Niassa	6	433	112	127
Zambezia	8	325	84	95

In visiting the required number of households per district, the target sample of women of reproductive age per district was easily exceeded, but the number of mothers of under-twos was just achieved. Thus, it was necessary to visit the target number of households to reach the most important target group, i.e. mothers of under-twos, who are the subject of most indicators. Nevertheless, care was taken to avoid a quota sample, by taking eligible respondents in each household until the total number of households (not mothers or women of reproductive age) was reached.

Sample Area

The KPC survey was conducted in the provinces of Gaza, Manica, Sofala, Zambezia, Nampula, and Niassa, in the same 34 focus districts where the baseline was done. Table 3 shows the surveyed districts by province.

Table 3 : Provinces and districts sampled in study

Gaza	Manica	Sofala	Zambezia	Nampula	Niassa
Bilene	Bárùe	Buzi	Gurue	Ribaue	Cuamba
Chibuto	Chimoio	Cheringoma	Ile	Erati	Lichinga
Chokwe	Manica	Dondo	Milange	Moma	Mandimba
Manjacaze	Sussendenga	Marromeu	Mocuba	Angoche	Maua
Xai Xai		Nhamatanda	Morrumbala	Monapo	Mecanhelas
			Namacurra	Nacala Porto	Metarica
			Namarroi		
			Quelimane		

Questionnaire Development

The study used three distinct questionnaires: Form 1 for household and respondent selection; Questionnaire A for women of reproductive age (14 – 49); and Questionnaire B for mothers of children under two years of age.

The questionnaires were similar to those used in 2001 except for the HIV/AIDS module and some changes in the nutrition and malaria module. The HIV/AIDS module contained more questions to reflect the changes in the national strategy, including questions regarding VCT and PMTCT. The malaria module was changed to make the questions more clear, while in the nutrition module two questions were added to respond to new initiatives such as vitamin A supplementation and access to vitamin A-enriched foods.

All questionnaires were previously translated, back-translated, and pre-tested. Translation of the new questions to the local languages was conducted by each PVO/NGO. The questionnaires were translated into the following local languages: Shangaan, Chissena, Cichangana, Ndau, Lomwe, Macua, and Ajaua. They were then back-translated to ensure accuracy. During interviewer training, an exercise was carried out whereby each interviewer being trained provided suggestions and agreed to the intention of each question to further ensure consistency.

Training

Advance Africa held a meeting with all PVO/NGOs in Maputo to discuss all issues related to the KPC. Advance Africa's M&E Advisor prepared a database in Epi Info 3.2.2 for storing survey data. The data base was pre-tested with SCF Gaza, and sent to all partners for comments. He also prepared a data analysis program, with basic frequencies and cross tabulations for the indicators in the tabulation guide. The M&E Advisor then visited provinces per an NGO request and provided assistance with the handling of the database, data entry program, and training of survey coordinators, as well as data collectors in select locations. The NGOs were responsible for the selection, training, and supervision of all interviewers and data entry clerks. They were also responsible for data quality assurance. Advance Africa provided all organizations with detailed instructions (Annex 1).

Implementation

Data collection took place from 1 June to 15 July 2004. Each PVO/NGO followed their own schedule. At the time this report was written, there were no detailed implementation reports or reports of problems. Each organization will give individual detailed implementation reports. Usually, after receiving approval from the respective district's Director of Health, interviewers explained the objectives of the survey to the local leaders and were guided by a local guide to the households, which were randomly selected using a spinning bottle or pen. If a household had more than one mother with a child under two, the woman to be interviewed was selected using a table of random numbers; if the women had two children under two, the child included was selected by a coin toss.

After entering and cleaning data in the databases, the NGOs sent a copy of their database to Advance Africa for national (six HSDS provinces) consolidation. The databases were then merged and prepared for analysis by the M&E Advisor. Since the sample sizes were consistent throughout the six provinces, there was no need to weight for comparisons as with the baseline. A data analysis program was used for data analysis in Epi Info 3.2.2.

RESULTS

The results are compared with baseline data and across provinces, and are presented in tables and graphs. A summary table of baseline and endline findings is included in Annex 2. Core and other indicators included in the Advance Africa M&E plan with the consensus of partner CAs and NGOs are also stratified by province.

Background Characteristics

Table 4 shows the sample and interviews successfully conducted. The response rates are high in all provinces, with an average of 85.3% (77.0% - 94.2%) for women of reproductive age.

Table 4: Number of households, women of reproductive age, and children under 2, with response rates

	Gaza	Manica	Nampula	Niassa	Sofala	Zambezia	Total
Number of households:							
Sampled	2591	2615	2604	1881	2646	2536	14,873
Occupied	2591	2609	2572	1776	2643	2474	14,665
Interviewed	2590	2603	2322	1636	2635	1987	13,773
Response Rate	*100.0%*	*99.8%*	*90.3%*	*92.1%*	*99.7%*	*80.3%*	*93.9%*
Number of women 14 - 49:							
Eligible	2590	2603	2322	1636	2635	1987	13,773
Interviewed (successfully concluded)	1427	1505	1491	1620	1604	1566	9,213
Response Rate	*55.1%*	*57.8%*	*64.2%*	*99.0%*	*60.9%*	*78.8%*	*67.0%*
Number of children < 2							
Number completed	666	665	752	757	658	673	4171
# selected eligible mothers (of children < 2)	671	677	752	768	676	691	4235
Response Rate	*99.3%*	*98.2%*	*100.0%*	*98.6%*	*97.3%*	*97.4%*	*98.5%*

The majority of households (85.3%) have one woman of reproductive age (n=14,683). Households with two women 14 to 49 years of age represented 9.8% of the sample, mainly from Gaza (17.3%, Manica 18.6%, and Zambezia 10.2%).

Table 5 shows the percentage distribution of women aged 14 – 49 by province, years of education, education level, marital status and household head. Almost 70% of the respondents were below 30 years of age. 27.6% of the respondents did not go to school or have literacy education, and 32.7% attended school for less than four years. 80% of the respondents were married or living in union, and 11.5% never married. The head of the family is the husband or partner in more than 70% percent of the cases. However, in Gaza the head of the family is the husband or partner in only 46.1%, another family member in 33.9%, and the respondent in 19.2%, possibly related to the migration of men to work in South Africa.

Table 5: Distribution of women 14 - 49 by background characteristics

(women who completed Qa or Qb)

Age of women:	**Gaza**	**Manica**	**Nampula**	**Niassa**	**Sofala**	**Zambezia**		**Total**
14 - 19	16.8%	21.6%	14.7%	18.6%	23.0%	15.2%		18.4%
20 - 24	28.5%	28.8%	22.4%	25.9%	23.2%	28.3%		26.2%
25 - 29	19.3%	18.7%	23.7%	19.6%	19.3%	23.6%		20.7%
30 - 34	14.7%	12.4%	16.5%	14.3%	13.7%	15.2%		14.5%
35 - 39	10.6%	10.6%	12.7%	11.3%	12.7%	11.1%		11.5%
40 - 44	6.9%	4.8%	6.2%	7.1%	5.1%	4.7%		5.8%
45 - 49	3.2%	3.2%	3.7%	3.2%	2.9%	1.9%		3.0%
Total	**1427**	**1457**	**1485**	**1617**	**1601**	**1564**		**9,151**
Level of Education:								
None	16.2%	24.9%	43.2%	36.6%	40.7%	21.1%		27.6%
1 - 3	22.2%	21.5%	40.1%	36.1%	25.7%	46.1%		32.7%
4 - 6	41.5%	36.2%	13.8%	22.9%	24.9%	23.5%		27.5%
7 - 12	19.4%	17.3%	2.9%	4.4%	8.7%	8.9%		10.3%
More than 12	0.6%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.4%		1.9%
n:	**1317**	**1319**	**1446**	**1578**	**1461**	**1398**		**8,519**
Marital Status:								
Married / Living in union	73.9%	77.3%	82.7%	82.6%	78.3%	81.3%		79.4%
Formerly married	9.3%	10.2%	9.3%	8.2%	9.2%	8.1%		9.0%
Never married	16.9%	12.4%	8.0%	9.2%	12.6%	10.6%		11.5%
n:	**1423**	**1496**	**1484**	**1616**	**1592**	**1559**		**9,170**
Household head:								
Respondent	19.2%	10.9%	13.0%	11.9%	12.5%	13.2%		13.4%
Husband / partner	46.1%	73.7%	80.6%	78.8%	74.4%	80.0%		72.6%
Other family member	33.9%	15.0%	6.2%	8.9%	11.7%	6.5%		13.5%
Other person	0.9%	0.4%	0.2%	0.3%	1.4%	0.3%		0.6%
n:	**1409**	**1491**	**1436**	**1591**	**1561**	**1496**		**8,984**

The level of education is low, particularly in the provinces of Nampula, Niassa, and Sofala, about 40% of women aged 14-49 had not attended school or literacy programs and near 40% attended for only one to three years. Only in Gaza have more than 60% of women received four or more years of education (Figures 1 and 2).

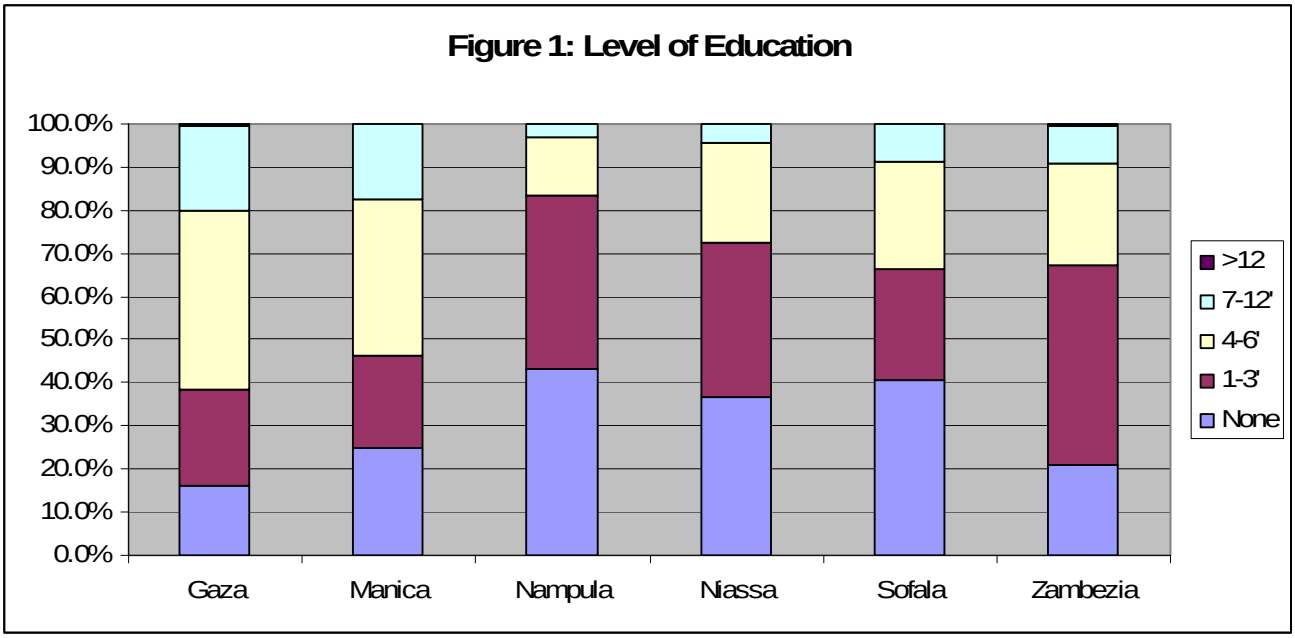


Figure2: Educational Level of Mothers of under two's by province

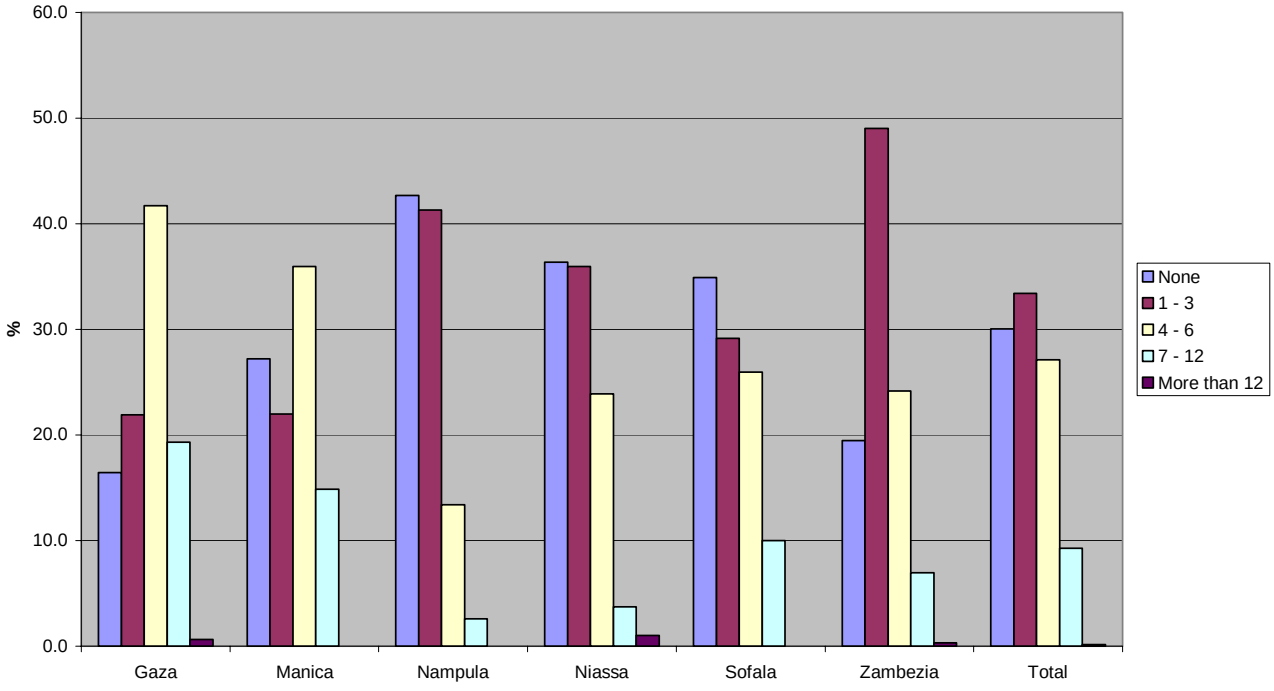


Table 6 shows the distribution of children below 2 years by gender, age, location and mother's education.

Table 6: Distribution of children under two by background characteristics

	Gaza	Manica	Nampula	Niassa	Sofala	Zambezia	Total
Sex of Children:							
Male	47.9%	49.1%	49.7%	48.3%	50.5%	50.5%	49.3%
Female	52.1%	50.9%	50.3%	51.7%	49.5%	49.5%	50.7%
n=	**666**	**674**	**752**	**760**	**662**	**673**	**4187**
Age of children:							
< 6 months	30.6%	27.5%	34.8%	34.9%	29.5%	28.7%	33.2%
6 - 11 months	23.6%	29.9%	25.0%	25.1%	25.4%	22.1%	26.9%
12 - 23 months	45.8%	42.6%	40.2%	40.0%	45.1%	49.2%	46.6%
n=	**666**	**665**	**752**	**757**	**658**	**673**	**4171**
Mother's level of education:							
None	16.4%	27.2%	42.7%	36.3%	34.9%	19.5%	26.8%
1 – 3	21.9%	22.0%	41.3%	35.9%	29.2%	49.0%	34.0%
4 – 6	41.7%	36.0%	13.4%	23.9%	25.9%	24.2%	27.6%
7 – 12	19.3%	14.9%	2.6%	3.7%	10.0%	7.0%	9.4%
More than 12	0.6%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.3%	2.1%
n=	**621**	**598**	**731**	**754**	**590**	**616**	**3910**

1. MATERNAL AND NEWBORN CARE

Knowledge of Danger Signs During Pregnancy

Knowledge of danger signs that should prompt pregnant women to seek medical help during pregnancy improved when compared to the baseline, from 46.5% to 60.3%. The provinces of Gaza, Niassa, and Zambezia showed the greatest improvements from the baseline to the endline, respectively 45.8% to 67.8%; 42.5% to 65.4%; and 40.6% to 71.6%. Table 7 shows that fever is the most frequently recognized danger sign in all provinces. On average, bleeding was reported by 6% of the respondents.

Table 7: Knowledge of danger signs during pregnancy or delivery recognized by mothers of children < 2

Danger Signs	Gaza	Manica	Nampula	Niassa	Sofala	Zambezia		Total
fever	22.9%	22.4%	24.2%	20.6%	24.8%	23.1%		23.0%
headaches	15.6%	11.6%	17.4%	14.8%	12.0%	13.5%		14.2%
bleeding	5.1%	3.5%	6.3%	7.8%	7.2%	6.4%		6.2%
swelling of hands	4.4%	7.5%	9.2%	12.0%	7.8%	7.9%		8.2%
water breaking long before delivery	7.5%	5.9%	6.1%	5.7%	4.9%	8.0%		6.4%
burning with urination	2.8%	3.0%	7.1%	8.4%	3.5%	3.0%		4.7%
reduced fetal movements	15.7%	9.3%	4.3%	6.8%	8.5%	8.2%		8.7%
vaginal itching/foul odor	2.8%	2.1%	1.6%	2.7%	2.0%	3.8%		2.6%
when labor starts	9.9%	23.3%	12.6%	7.5%	17.2%	15.7%		14.0%
Other / DK	13.2%	11.4%	11.3%	13.7%	12.1%	10.3%		12.0%
n=	**1709**	**1372**	**1778**	**1903**	**1664**	**2094**		**10,520**

The percentage of mothers able to report at least two known maternal danger signs during pregnancy is shown in the following box:

Province	Baseline (%)	Endline (%)
Gaza	45.8	67.8
Manica	36.7	39.1
Nampula	57.7	62.0
Niassa	42.5	65.4
Sofala	50.7	56.1
Zambezia	40.6	71.6
Total	**46.5**	**60.3**

Birth Preparedness

Women were asked to name the elements of their birth plan prior to the birth of the child in question. Overall, 30% of the women questioned did not name any element of birth plan. The majority mentioned a plan to prepare a *capulana* (cloth) (24.4%), 13% mentioned preparing soap, and 9% mentioned preparing food. Other elements like who would deliver the baby or where were mentioned by less that 3%, emergency plans by less than 2%.

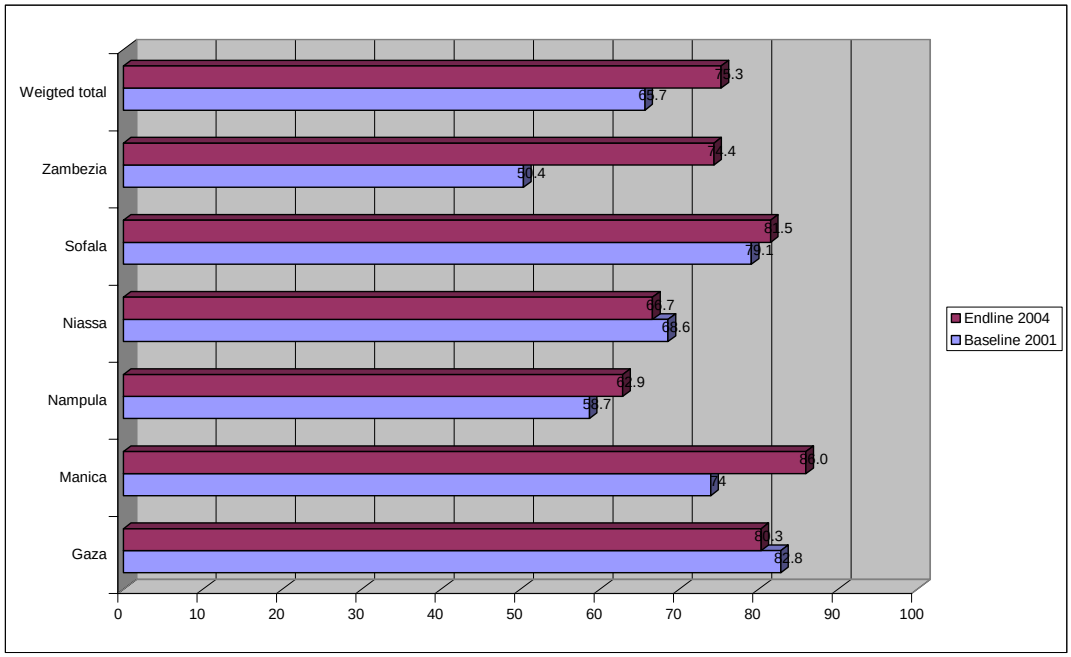
The percentage of mothers of under-twos who report having prepared at least two elements of a birth plan was 36.4%, relatively higher than the baseline (24.9%).

Prenatal Care Coverage

Prenatal care coverage (at least one visit) by health professionals was 83.8% in the six provinces, with the highest rate reported in Gaza (93.8%). The lowest coverage was reported in Niassa (74.1%).

On average, 75.3% of mothers had at least two prenatal visits to a health professional prior to the birth of the youngest child (less than 24 months of age). With the exception of slight decreases in Gaza and Niassa, all provinces have shown increases since baseline, with Zambezia showing the greatest proportional increase of more than 20%.

Figure 3. Percent of mothers with at least two prenatal visits to a health professional in baseline and endline surveys



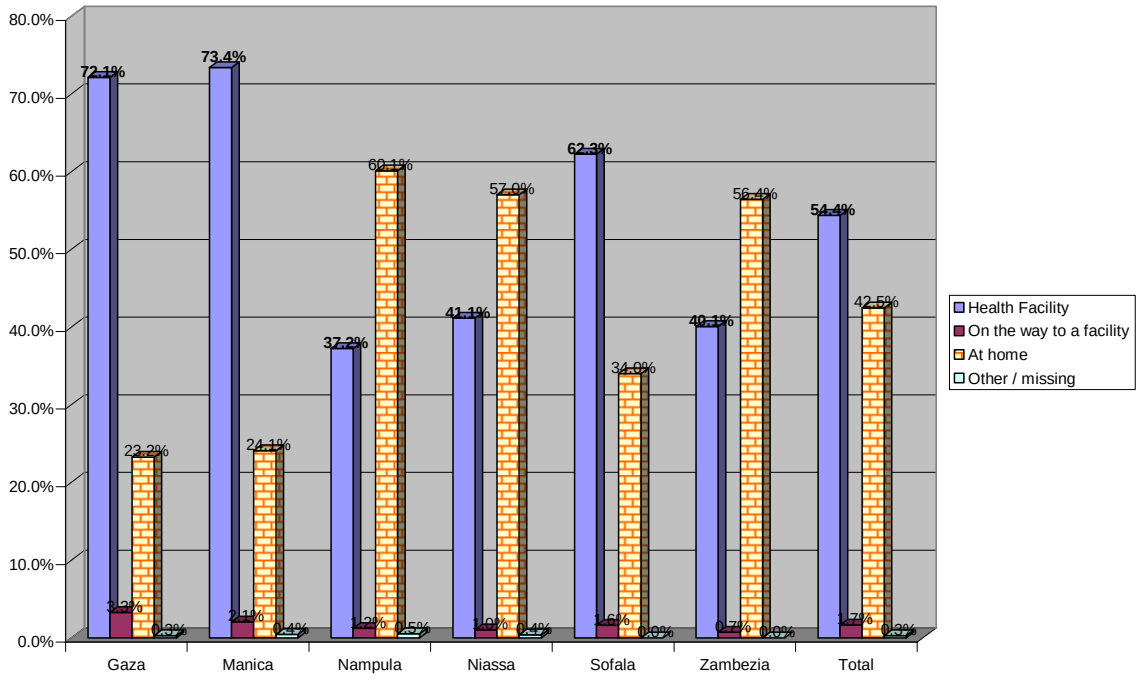
Delivery by Skilled Health Personnel

During the delivery of their babies, mothers were assisted by skilled health personnel on an average of 56.4%, an increase from 44.2% in the baseline. This figure is higher in Manica (78.9%), Gaza (70.8%), and Sofala (62.1%) provinces. In the provinces of Nampula, Niassa, and Zambezia, less than 50% were assisted by a health professional.

Delivery at a Health Facility

Overall, 54.4% of mothers delivered in a health facility; again the majority was in the provinces of Manica (73.4%), Gaza (72.1%), and Sofala (62.3%). The province showing the lowest proportion of deliveries in health facilities is Nampula (37.2%), followed by Zambezia (40.1%) and Niassa (41.1%). This would indicate poorer coverage in the Northern provinces, and so the reduced access to qualified services for delivery.

Figure 4: Distribution of mothers of under-twos by place of delivery by province



When compared to the baseline, it can be seen that, despite the same pattern of deliveries from the north of the country to the south of the country, there's some improvement in the proportion of women who deliver in health facilities (table 7).

Table 8: Baseline and endline comparison of delivery at health facilities by province

Province	Delivery at health facility	
	Baseline 2001	Endline 2004
Gaza	66.7	72.1
Manica	60.2	73.4
Nampula	26.0	37.2
Niassa	33.9	41.1
Sofala	58.4	62.3
Zambezia	28.2	40.1
Total	**41.8**	**54.4**

Postpartum Visit

Only 25%of women were seen for postpartum visits in health facilities. This figure is higher in Manica and Gaza (nearly 28%), and lower in Niassa (19.3%). Compared to the baseline, there's also an increase, from 16.6% to 25.9%.

Immediate Breastfeeding

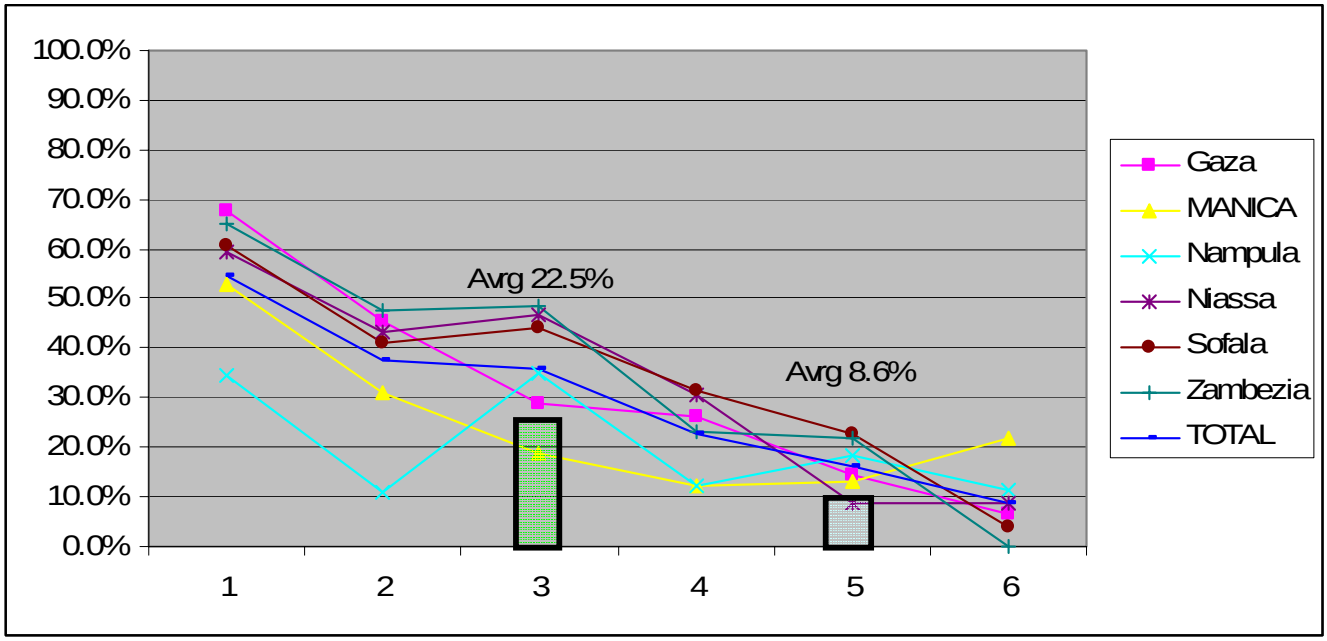
Immediate breastfeeding was defined as mothers who gave breast milk to their newborn within one hour of birth. Overall, 54.1% of mothers reported having given immediate breastfeeding, with the highest rates being recorded in Niassa (65.7%) and Zambezia (64.5%), the lowest in Gaza (30%).

Exclusive Breastfeeding

To determine the rate of exclusive breastfeeding of infants under six months of age, mothers were asked if they had offered named items (medicine, vitamins, plain and sweet water, food or mushy food) to the child 24 hours prior to the interview date. The overall average for children below four months was 37.1% and 29.7% for those below six months.

The frequency of exclusive breastfeeding increased from 27.6% in the baseline to 29.7% in the endline (for infants under six months of age), from 33.2% to 37.1% for infants under four months of age.

Figure 5. Distribution of infants exclusively breastfed by province and month



2. VITAMIN A

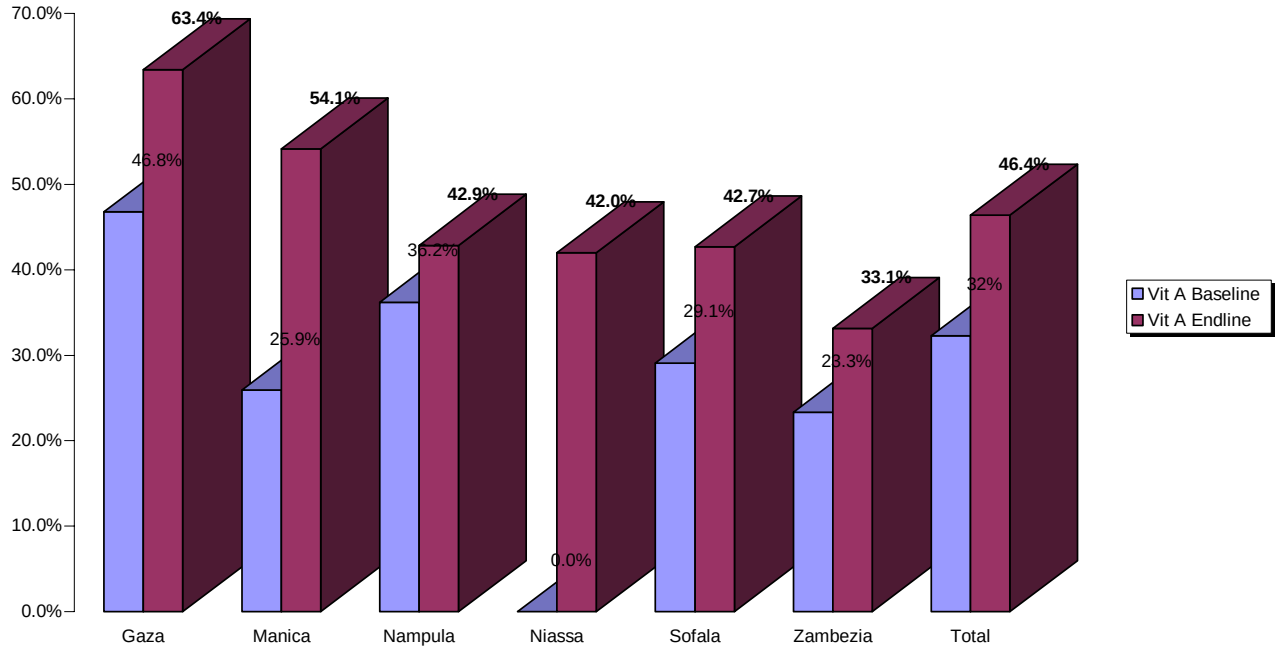
Vitamin A Coverage by Province

Sixty percent of the mothers in Zambezia and 40% in Nampula were able to cite at least three vitamin A-rich foods. In Gaza only 14% were able to cite vitamin A-rich foods, while near 20% was the proportion seen in the remaining provinces (Table 9). However, more than 40% reported giving their children at least three vitamin A-rich foods in the last two weeks. In addition, 46% of children aged 6-23 months reportedly received a Vitamin A dose in the last six months. All provinces shows improvements from baseline (figure 6).

Table 9: Distribution of children aged 6 - 23 months by whether they had received a high dose Vitamin A supplement in the last 6 months:

Children's Characteristics	% of children who received Vitamin A					n= # of children (6-23 months)
	Within last 6 months	Prior to last 6 months	Not sure when	Not sure if received	Never received	
Male	47.2%	11.8%	10.3%	0.3%	28.4%	**1393**
Female	45.3%	10.6%	11.0%	0.5%	30.3%	**1477**
District:						
Gaza	63.4%	10.4%	11.7%	0.6%	10.0%	**462**
Manica	54.1%	15.6%	16.4%	0.6%	12.4%	**482**
Nampula	42.9%	6.1%	5.7%	0.0%	40.0%	**490**
Niassa	42.0%	4.9%	7.1%	0.4%	45.4%	**493**
Sofala	42.7%	12.3%	16.6%	0.6%	27.2%	**464**
Zambezia	33.1%	17.9%	6.9%	0.0%	39.6%	**480**
Age:						
6 - 11 months	49.4%	3.8%	6.8%	0.3%	37.4%	**1050**
12 - 23 months	44.4%	15.4%	12.9%	0.4%	24.7%	**1821**
Mother's Education:						
none	39.2%	9.5%	9.2%	0.6%	39.2%	**687**
1 - 6 years	49.0%	10.8%	10.2%	0.3%	27.3%	**1632**
7 or more years	54.6%	12.5%	12.5%	0.6%	18.3%	**328**
Total	46.3%	11.1%	10.7%	0.4%	29.3%	**2871**

Figure 6: Vitamin A Coverage (Baseline 2001 - Endline, 2004)



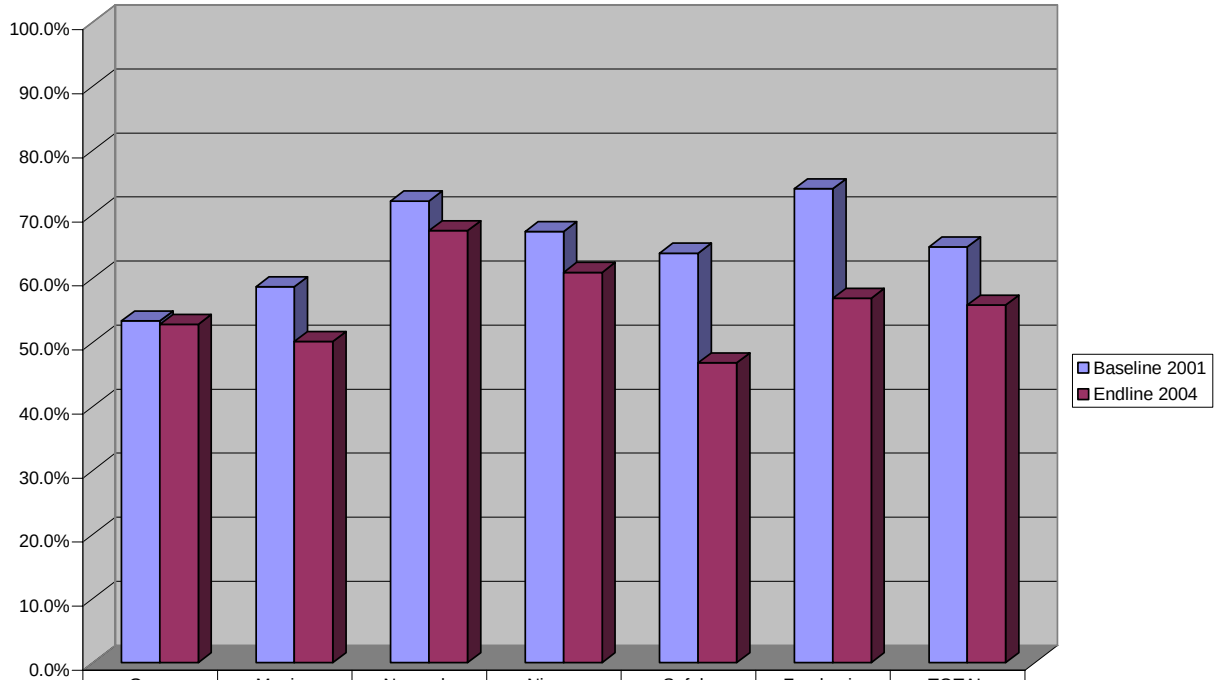
3. CARE OF ILLNESSES INDICATORS

Oral Rehydration Therapy Use During a Diarrheal Episode

Diarrhea is one of the leading causes of morbidity and mortality in Mozambique. Early detection and home treatment can reduce the impact of the disease. The indicator was calculated as percent of children aged 0-23 months who reported diarrhea in the two weeks prior to interviews and who received oral rehydration solution (ORS) and/or recommended home fluids (including breastmilk, cereal-based gruel or gruel made from roots, fermented gruel or soup, locally-defined acceptable fluids like rice water, coconut water, other milk or infant formula, water with feeding during some part of the day). Water or tea alone and Coca-Cola were not considered acceptable fluids. Nearly 56% of the respondents had given ORS or recommended home fluids when their children were sick with diarrhea. However, only 13.3% gave their children increased fluids and continued feeding (Table 10). All provinces showed a decrease from baseline (Figure 7).

Figure 7. Baseline and endline comparison of ORT use by province

.



	Gaza	Manica	Nampula	Niassa	Sofala	Zambezia	TOTAL
Baseline 2001	53.4%	58.7%	72.1%	67.3%	64.0%	74.0%	64.9%
Endline 2004	52.8%	50.2%	67.5%	61.0%	46.9%	56.9%	55.9%

Table 10. Reported home treatment of children under two with diarrhea

Characteristic	Children with illness who:						
	n= Reported illness in last 2 weeks	**Used ORS packets**	**Drank more**	**Drank the same or less**	**Ate somewhat less, same or more**	**Ate much less or none**	**(Key Indicator) Took increased fluids and continued eating**
Male	**1291**	52.6%	21.4%	72.7%	45.5%	51.1%	12.0%
Female	**1338**	62.9%	23.2%	72.6%	49.3%	49.0%	13.8%
Province:							
Gaza	**528**	28.4%	8.3%	89.8%	52.7%	46.8%	4.9%
Manica	**317**	28.1%	18.9%	77.6%	50.5%	48.3%	9.8%
Nampula	**553**	23.9%	26.4%	66.7%	38.3%	56.6%	12.1%
Niassa	**479**	22.5%	13.8%	77.5%	38.0%	60.1%	5.2%
Sofala	**286**	21.7%	33.6%	65.0%	47.9%	51.0%	21.3%
Zambezia	**485**	26.0%	36.1%	58.4%	59.6%	36.5%	26.6%
Total		25.1%	22.8%	72.5%	47.8%	49.9%	13.3%
Age:							
0 - 11 months old	**1393**	288	18.1%	75.4%	43.1%	53.4%	10.7%
12 - 23 months old	**1230**	381	26.8%	69.8%	52.4%	46.3%	15.1%
Mother's Education:							
none	**667**	21.1%	19.8%	73.2%	40.9%	56.1%	11.4%
1 - 6 years	**1533**	26.8%	23.4%	72.3%	48.7%	48.8%	13.0%
7+ years	**260**	29.6%	22.7%	73.1%	53.5%	46.2%	13.8%
Total	**2460**	25.6%	22.3%	72.6%	47.1%	50.5%	12.7%

Mother's Knowledge of Signs for Seeking Care

More than 67% of mothers were able to state at least two poor health signs that would bring them to seek care for their children at the local health facility immediately. Fever and not being able to drink/breastfeed were the most commonly cited signs. Blood in stool and drinking poorly were the most infrequently cited (Table 11).

Table 11. Percentage of mothers of children 0 - 23 months who know signs for seeking care immediately

Characteristic	Knows child should be taken to health facility if child:						(Key Indicator)	
	unable to drink / breastfeed	becomes sicker	develops fever	has fast breathing	has difficulty breathing	has blood in stool	knows at least 2 signs	**n= # mothers**
District:								
Gaza	34.7%	27.4%	87.9%	11.8%	32.9%	7.3%	69.4%	**671**
Manica	31.5%	18.2%	80.2%	8.9%	14.8%	5.2%	46.8%	**677**
Nampula	51.3%	23.5%	77.0%	18.9%	27.9%	19.7%	76.9%	**752**
Niassa	34.2%	25.5%	78.1%	28.4%	26.0%	27.5%	73.2%	**768**
Sofala	27.1%	38.3%	86.7%	11.4%	18.0%	11.4%	61.7%	**676**
Zambezia	58.3%	34.4%	84.8%	16.9%	37.3%	17.2%	79.3%	**691**
Mother's Education:								
none	40.4%	28.0%	81.8%	17.0%	26.8%	19.5%	71.5%	**1046**
1 - 6 years	40.6%	28.6%	82.2%	17.4%	26.9%	14.8%	60.8%	**2413**
7+ years	34.7%	22.3%	80.1%	11.9%	23.0%	8.2%	38.9%	**452**
Total	39.7%	27.8%	82.3%	16.4%	26.2%	15.1%	68.2%	**4235**

The following shows the comparison between the baseline and the endline:

Province	Baseline	Endline
Gaza	46.7	69.4
Manica	53.4	46.8
Nampula	74.9	76.9
Niassa	59.6	73.2
Sofala	84.5	61.7
Zambezia	62.6	79.3
Total	**62.8**	**67.9**

Bed Net Use for Malaria Prevention

The percent of children whose mothers reported they slept under a bed net (treated or not treated) was 24%. There was a marked increase from baseline in all provinces, particularly in Zambezia (Figure 8). Nearly 33% of respondents reported having bed nets in their households, and of those, only 38.8 % were used by their children the previous night (Table 12).

Figure 8: Baseline and endline comparison of child bed net use

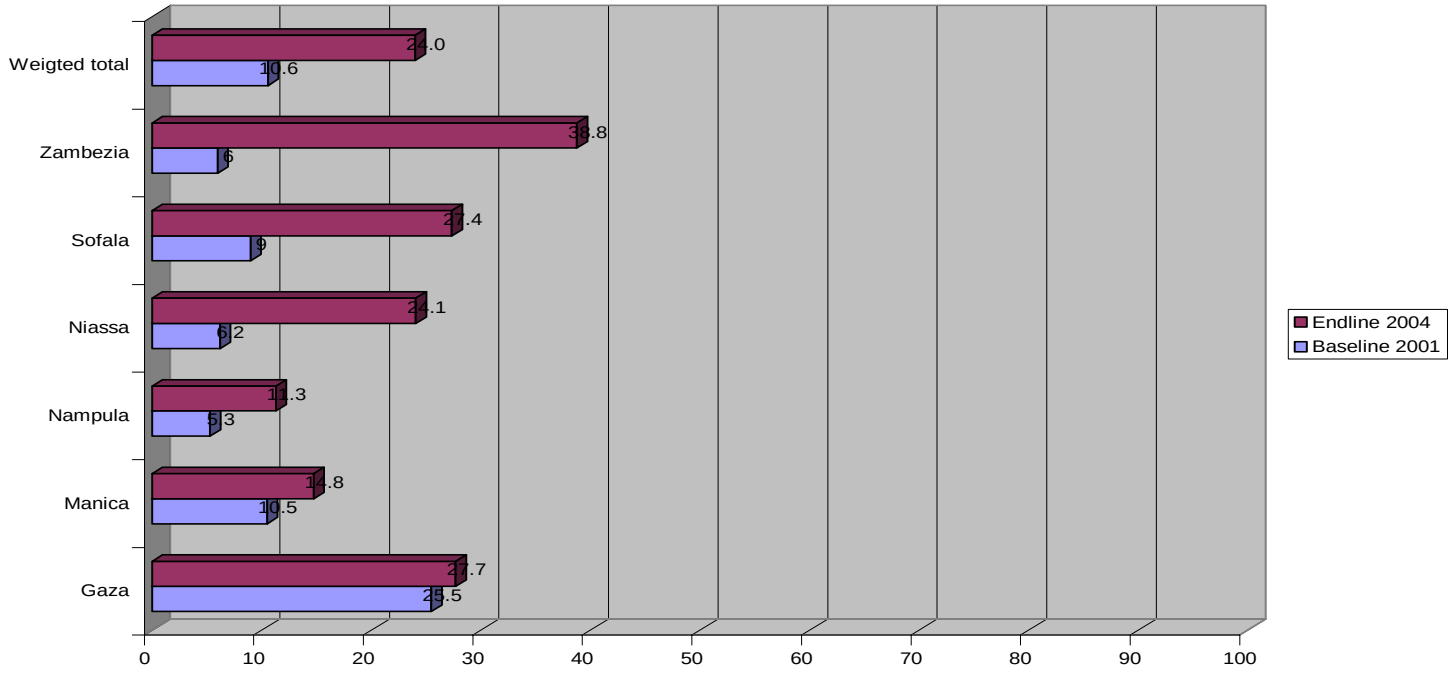


Table 12. Percentage of children 0 - 23 months of age who slept under an insecticide-impregnated bednet during the previous night by province

Characteristic	Slept under a bed net	Slept under a bed net				Don't know if slept under a bed net	Did not sleep under bed net	Number of children
		Bed net treated	Bed net TX within last 6 months	Bed net not treated	Don't know if treated			
Male	24.5%	15.8%	11.6%	8.0%	0.4%	0.3%	11.7%	**2065**
Female	23.4%	15.6%	11.4%	6.8%	0.3%	0.3%	10.0%	**2123**
Province:								
Gaza	27.7%	21.0%	12.1%	4.8%	1.2%	0.0%	72.3%	**671**
Manica	14.8%	8.9%	6.1%	5.5%	0.3%	0.1%	85.4%	**677**
Nampula	11.3%	4.0%	2.3%	6.8%	0.1%	1.5%	90.2%	**752**
Niassa	24.1%	14.1%	10.5%	9.9%	0.0%	0.0%	75.9%	**768**
Sofala	27.4%	14.9%	10.5%	11.2%	0.3%	0.0%	72.6%	**676**
Zambezia	38.8%	32.4%	27.9%	5.5%	0.3%	0.1%	61.4%	**691**
Age:								
0 - 11 months	7.9%	4.3%	3.0%	3.2%	0.1%	0.0%	1.9%	**2351**
12 - 23 months	14.7%	12.3%	10.6%	2.1%	0.1%	0.1%	2.9%	**1821**
Total	24.0%	15.9%	11.6%	7.3%	0.4%	0.3%	76.3%	**4235**

4. IMMUNIZATION INDICATORS

The overall knowledge of where to go for child vaccinations is at 84.2 %.

Full immunization

The percentage of children aged 12-23 months fully immunized against tuberculosis, polio, diphtheria, pertussis, tetanus, and measles before 12 months of age (BCG, OPV3, DPT3 and measles vaccines) was reported at 40.2%. This percentage reflects only those children with cards at the time of the interview. This rate was highest in Gaza (67.2%) and lowest in Nampula (24.2%). Compared to the baseline, there is a significant increase in the percentage of children 0-23 fully vaccinated (from 26.5 to 40.2%).

Table 13 shows the vaccination figures for each antigen in the studied sample:

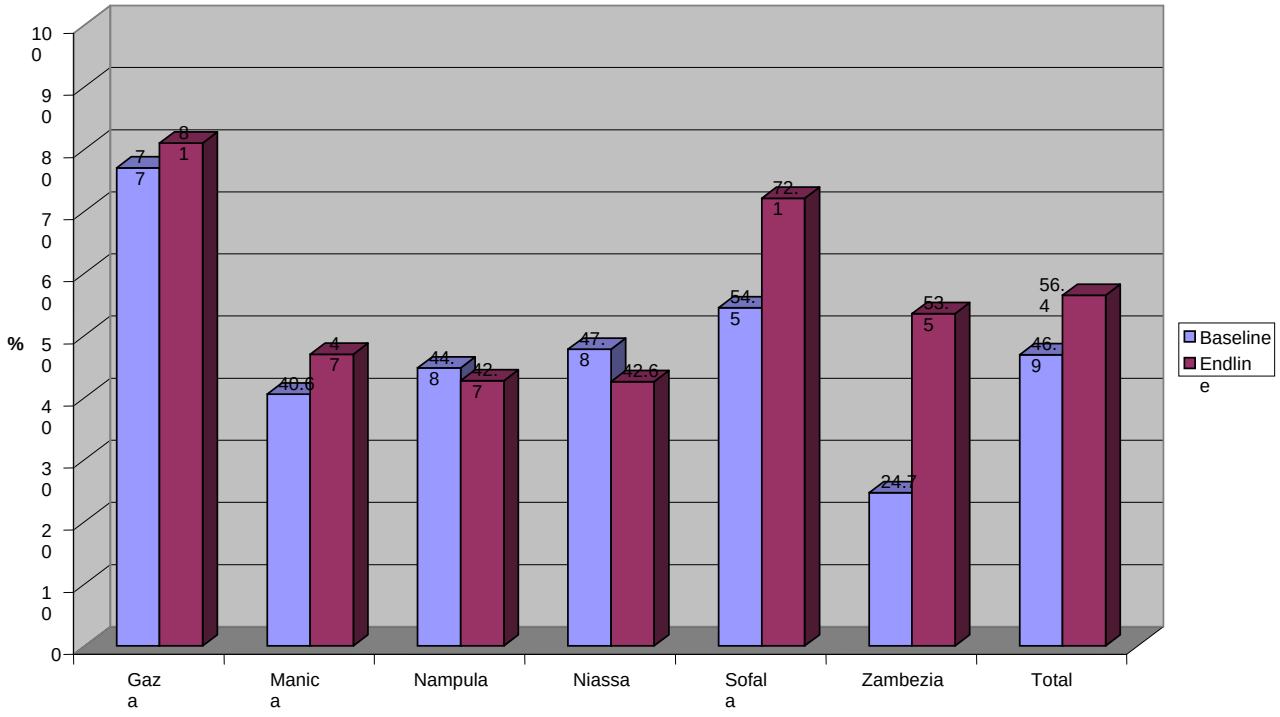
Table 13: % children age 12 - 23 months currently vaccinated against childhood diseases

Indicator	% of children who received (according to health card):											# children
	BCG	DPT1	DPT2	DPT3	Polio0	Polio1	Polio2	Polio3	Measles	All	None	
Male	70.5%	46.4%	42.6%	38.5%	64.6%	100.0%	61.1%	54.8%	55.3%	31.6%	26.7%	**908**
Female	73.8%	47.4%	45.3%	39.8%	68.7%	100.0%	65.5%	57.0%	58.2%	32.3%	21.5%	**913**
Province:												
Gaza	84.9%	85.2%	83.0%	81.0%	83.0%	100.0%	81.6%	78.7%	76.4%	67.2%	12.5%	**305**
Manica	67.5%	50.9%	48.8%	47.0%	71.4%	100.0%	59.0%	54.8%	60.4%	42.0%	25.1%	**283**
Nampula	65.9%	66.9%	55.0%	42.7%	63.2%	100.0%	53.6%	39.1%	39.1%	24.2%	27.8%	**302**
Niassa	61.1%	57.1%	51.8%	42.6%	49.2%	100.0%	50.8%	42.2%	41.6%	26.7%	37.3%	**303**
Sofala	80.5%	76.8%	74.7%	72.1%	76.8%	100.0%	74.7%	68.0%	65.0%	50.2%	15.8%	**297**
Zambezia	72.8%	60.7%	57.1%	53.5%	57.7%	100.0%	60.1%	52.9%	58.0%	32.0%	25.7%	**331**
Mother's Education:												
None	84.1%	62.0%	54.4%	47.4%	76.0%	78.7%	70.6%	60.1%	58.5%	32.1%	31.0%	**371**
1 - 6 years	86.0%	66.7%	62.5%	55.7%	79.0%	81.2%	75.6%	66.5%	68.7%	50.5%	34.8%	**865**
7+ years	100.0%	76.0%	74.0%	72.7%	100.6%	100.0%	95.5%	91.6%	89.6%	89.6%	37.0%	**154**
Total	72.2%	66.3%	61.8%	56.5%	66.7%	100.0%	63.3%	55.9%	56.7%	40.3%	24.1%	**1821**

DPTHepB Immunization Coverage

The total proportion of children aged 12-23 months immunized against diphtheria, pertussis, and tetanus (DPT3 - verified by immunization card) before 12 months of age was recorded at 56.5%. The rate was highest in Gaza (Figure 9) shows the proportion of DPTHep immunization coverage in the six surveyed provinces compared to baseline data.

Figure 9: DPT Immunization Coverage



Tetanus Toxoid Immunization Coverage

Over 60% of the respondents reported to have received at least two doses of tetanus toxoid during their last pregnancy. The highest proportion was seen in Gaza (near 80%) and the lowest in Nampula (near 60%). There was an increase from baseline 55.8% to 66.5%.

5. FAMILY PLANNING

Contraceptive Prevalence Rate (CPR) and Modern Contraceptive Use

Over 80% of women aged 14-49 knew of at least two family planning methods, which shows an increase from the baseline (74%) to the endline (88%). 90.1% knew where to obtain at least one modern contraceptive method The CPR was 12.9% for modern methods, an increase from 9.2% in the baseline. The pill and injectable contraceptives were preferred by sampled respondents, or simply most commonly offered or available (Table 13).

Table 14: % of women aged 14 - 49 who are using (or whose partner is using) a contraceptive method

% of woman 14 - 49 who are currently using:	Area of Residence							Age of woman		
	Gaza	Manica	Nampula	Niassa	Sofala	Zambezia	All provinces combined	14-24	25-34	35-49
No method	57.3%	63.1%	56.2%	69.2%	65.4%	59.4%	61.9%	61.3%	59.8%	66.8%
Pill	13.4%	8.6%	4.2%	3.6%	4.2%	8.6%	7.0%	7.5%	6.9%	6.1%
IUD	0.4%	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.3%	0.2%	0.1%	0.2%	0.1%
Depo-Provera / Injections	7.3%	6.2%	1.0%	2.7%	4.6%	5.9%	4.6%	3.1%	5.5%	6.2%
Condoms	1.8%	1.7%	0.2%	0.5%	0.2%	0.4%	0.8%	1.3%	0.4%	0.3%
Diaphragm	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
Female sterilization	0.6%	0.1%	0.1%	1.3%	0.0%	0.0%	0.3%	0.2%	0.4%	0.5%
Male sterilization	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
Implants	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Coitus interruptus	0.2%	0.1%	0.5%	0.2%	0.0%	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0.3%
Periodic abstinence	1.1%	2.4%	1.8%	1.9%	1.2%	1.2%	1.6%	1.6%	1.6%	1.7%
LAM	0.9%	0.3%	21.6%	0.1%	2.1%	1.7%	4.4%	4.1%	5.3%	3.5%
Postpartum abstinence	2.5%	1.0%	0.3%	7.2%	5.8%	0.2%	2.9%	3.1%	2.8%	2.8%
Others	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Any modern method	23.4%	17.0%	5.5%	8.4%	9.0%	15.2%	12.9%	12.3 %	13.4 %	13.3 %
Any traditional method	4.7%	4.1%	24.6%	9.6%	9.4%	3.5%	9.3%	9.0%	9.7%	8.2%
Any method	28.1%	21.1%	30.2%	18.1%	18.4%	18.6%	22.2%	21.3 %	23.1 %	21.6 %
# women currently pregnant	14.4%	15.1%	14.1%	12.0%	15.2%	13.0%	13.9%	15.4 %	15.0 %	8.9%
n= # of women	**1427**	**1457**	**1485**	**1617**	**1601**	**1564**	**9,151**	**4075**	**3217**	**1860**

6. HIV/AIDS

UNAIDS has suggested several indicators that can be compared across districts, provinces, and countries to monitor trends in knowledge and practices that may affect the spread of the HIV/AIDS pandemic. In this survey, three indicators were measured by the data from our household survey HIV/AIDS module.

Knowledge of HIV/AIDS Prevention Measures

This indicator measures the percent of respondents who can correctly answer two questions about ways to prevent HIV/AIDS. The two prevention methods include having one uninfected sex partner who has no other partners and using a condom correctly at each sexual encounter. The questions were posed to all respondents, whether or not they had ever heard of HIV or AIDS. In our sample, 56.9% of women in reproductive age (14 – 49) responded correctly to the two knowledge questions. The knowledge of HIV/AIDS prevention was higher in Zambezia (71.1%), Gaza and Manica (around 60%). Nampula was the lowest with 47.1%.

No Incorrect Beliefs About HIV/AIDS Transmission

In total, 28.8% of the respondents correctly identified the following truths concerning the virus:

- Healthy people can have the virus
- One cannot be infected by mosquito bites
- One cannot get infected by sharing a meal with an infected person

Surprisingly, Manica had the highest level of knowledge (45.2%), followed by Zambezia (40.9%), whereas Nampula and Niassa reported the lowest, respectively 16.9% and 16.4%.

Comprehensive Correct Knowledge

Comprehensive correct knowledge measures the percent of respondents who correctly identify two ways of reducing risk of transmission and also reject three common misconceptions about transmission or prevention. Overall the six provinces reported only 20.1% comprehensive correct knowledge among those women interviewed. Zambezia reported the highest at 35.8% and Nampula and Niassa the lowest at 10%.

DISCUSSION

Knowledge

Reported knowledge regarding contraceptive methods is high. On average, 80% of the women aged 14-49 could name at least one modern family planning method. Reported knowledge about where to obtain family planning methods is equally high for most provinces, ranging from 73% to 92%. Nevertheless, reported contraceptive use is 13% for all modern methods, Nampula being the province with the lowest reported modern method use (5.5%) and the highest rate of traditional method use (24.6%). Gaza province, with the highest literacy rate, also scored the highest in modern methods (23.4%). On average, 14% of women in this age group were pregnant at the time of the survey.

In the reported knowledge of vitamin A-enriched foods, Zambezia and Nampula scored the highest, 60 and 40% respectively, while Gaza scored the lowest (14%).

Basic knowledge of HIV/AIDS transmission and prevention was high in most provinces, while 20% of the studied population comprehensive knowledge was reported .

Practices

Practices tended to be lower than the corresponding knowledge. In vitamin A supplementation, although knowledge about vitamin A-enriched foods was high, practice was lower. About 40% of the children had reportedly have received some vitamin A-rich food in the last two weeks.

Practices to treat diarrhea have reportedly improved in some provinces, but are still far from 100%. On average less than 30% of the children were reported to have received ORS or increased liquids during a diarrheal episode. Sofala and Nampula showed a decrease from the baseline, more marked in the former province (15%). The marked increase in Manica, an over 20% increase, makes the province a positive deviant requiring further documentation.

Health facility deliveries were reported by 54.4% of the women and 75.3% reported having had at least two antenatal visits. These two visits present health workers with their only opportunity to present the mother with advice and logistics concerning a facility delivery.

Family planning practices have improved overall, from 9% to 12%. This indicator shows an important improvement but may be underestimated. The data should be considered carefully given the prolonged stockouts experienced by most provinces.

Coverage

The overall coverage rate for fully-immunized children is 40%. The rate of children receiving the DPTHepB vaccine is high in Gaza (81%) while other provinces reach half that rate. The potential improvement in coverage is shown by the increase most provinces experienced since baseline, with the exception of Nampula and Niassa. The magnitude of increase in the province of Sofala (18%), compared to the 5% to 9% achieved in other provinces, makes Sofala an interesting case for further study. In addition, the situations in Nampula and Niassa require immediate additional support to raise their rates.

Reported coverage of tetanus toxoid was 67% on average, a marked 11% increase since baseline. Gaza reached the highest coverage (nearly 80%) and Nampula the lowest (nearly 60%).

Vitamin A coverage proved to be a success story in Mozambique. Coverage has increased in all provinces since baseline, reaching an average of 46.3%. The highest increase has been in Manica, where coverage more than doubled to about 55%. On the other hand, about 40% of children in Nampula, Niassa, and Zambezia have never received a dose, compared to 12.4% in Manica. There is an unfinished agenda in coverage that requires expanded community-based approaches.

CONCLUSIONS

In general, this report contains good news. Most findings showed improvements from baseline data. This report measured the magnitude of the improvements observed but does not attempt to explain them. Although marked differences in female education levels may play a role in the differences observed across provinces, the substantial improvements in some provinces seem to indicate better methods of reaching populations and expanding coverage. These “positive deviants,” the provinces that have achieved marked increases in coverage, practices, and knowledge despite low literacy rates, deserve further operational reviews to align strategies with the results here presented.

The findings also present immediate priority health areas in those provinces which have experienced decreases or improved less than similar provinces, and emphasize the underlying need for strengthening female primary education.

For instance, Zambezia and Manica have interesting lessons to share with other DPS. Gaza, Niassa, and Zambezia have shown the greatest increases in reporting knowledge of pregnancy danger signs from the baseline to the endline. In addition, with exception of slight decreases in Gaza and Niassa, all provinces have shown increases in the coverage of antenatal care since baseline, with Zambezia showing the greatest proportional increase of more than 20% and Manica the highest coverage (85%).

Skilled health personnel assisted in 56.4% of all deliveries, also showing an increase from 44.2% in the baseline. In this case, the positive lessons come from Manica, where the increase was the greatest (78.9%), followed by Gaza (70.8%) and Sofala (62.1%). Nampula, Niassa and Zambezia, where less than 50% of all deliveries were assisted by health professionals, might benefit from further research into the causes and contributing factors of this results and sharing lessons learned with the former provinces.

Only 25% of women are seen for postpartum visits in health facilities. This figure is higher in Manica and Gaza (nearly 28%), and lower in Niassa (19.3%). Compared to the baseline, there’s an increase from 16.6% to 25.9%. However, considering the high immunization coverage rates, provinces might benefit from integrating postpartum visits with immunization services, thus avoiding missed opportunities.

In nutrition, breastfeeding practices and vitamin A coverage were found to be areas of priority for further intervention; Niassa and Zambezia may have interesting lessons to share in this regard. Overall, 54.1% of mothers reported having given immediate breastfeeding, with the highest rates being recorded in Niassa (65.7%) and Zambezia (64.5%), the lowest in Gaza at 30.0%. Niassa and Zambezia reported double the coverage of this practice in Gaza, thus posing an interesting opportunity to learn from their interventions.

The overall average of children exclusively breastfed was 37.1% for children below four months and 29.7% for those below six months. The breastfeeding indicator grew from 27.6% in the baseline to 29.7% in the endline (for infants below six months), from 33.2% to 37.1% for infants below four months.

Sixty percent of mothers in Zambezia and 40% in Nampula were able to cite at least three vitamin A-rich foods. In Gaza only 14% were able to cite vitamin A-rich foods, while the reported numbers in remaining provinces were near 20%. However, more than 40% reported giving their children at least three vitamin A-rich foods in the last two weeks. In addition, 46% of children aged 6-23 months had reportedly received a vitamin A dose in the last six months.

The care of sick children is still a challenge in most provinces. Home treatment of diarrhea and malaria prevention continue to be priority intervention areas, and should be the focus of renewed community-based and outreach efforts. The practice of giving ORT to children with diarrhea has decreased from baseline. Despite having a bed net, only 30% of children actually slept under it.

Services dependent on NGO outreach activities, such as immunization, have shown remarkable increases. Compared to the baseline, there was a significant increase in the percentage of children 0-23 fully immunized (from 26.5 to 40.2%). This achievement is more notable when we compare provinces. This time, Gaza reached 67%. In DPT coverage, Gaza reached 81% coverage, followed by Sofala with 72%.

The CPR increase from 9.2% to 12.9% for modern contraception methods marks a move in the right direction. Although showing an increase, we would have expected a greater magnitude. We assume that this indicator was heavily influenced by the availability of contraceptives. In the last year, Zambezia and Nampula in particular have suffered prolonged stockouts. In addition, the traditional preference toward spacing births as opposed to limiting the number of children seems to be an important strategy, as noted by the recent MOH campaign in Zambezia. Further studies should be carried out to measure birth spacing preferences and practices.

Finally, knowledge about HIV transmission and prevention was reported by over 50% of respondents in most provinces while comprehensive knowledge was reported by only 20% of the studied general population. Further work to increase knowledge and change behaviors should be the focus of future HIV/AIDS programs.

In summary, this endline report presents an encouraging picture of the knowledge and practices of the target populations and the coverage of services provided by PVO/NGOs in target districts. The findings suggest that the unfinished agenda be focused on expanding female primary education and identifying and implementing best practices to improve nutrition, home management of the sick child, early detection of danger signs in pregnancy, coverage of postnatal care and family planning services, and contraceptive security.

RECOMMENDATIONS

For Future Surveys

1. NGOs and PVOs should analyze these findings and discuss further differences across districts to facilitate the transfer of lessons learned

2. The family planning module should include questions about birth spacing knowledge and practices.

3. ORT questions should explore barriers and future questionnaires should specify what ORT use is, whether this includes home-made or packet solutions, whether other fluids are acceptable, etc.

4. Regular monitoring using rapid methods such as LQAS should be considered between baseline and endline surveys to allow provinces to follow up performance and have time to take corrective action if necessary. The timing of this survey does not allow the implementers to act upon the findings.

5. Future surveys should include analysis of costs per unit of service to not only assess effectiveness of the findings achieved but efficiency between different service management interventions.

6. The next household survey would benefit the whole province if the sample covered the whole province and not only the provinces of intervention. It is recommended that coverage be expanded and the methodology be revised.

7. To improve coordination, survey coordinators and not program managers should be involved in the preparation of the survey from the beginning.

8. To improve data quality, it is recommended that at a minimum, survey coordinators be experienced in problem-solving with data collection in the field, data quality control, data cleaning, data entry procedures and analysis.

9. Up to now, the survey has been a NGO activity. In the future, it is recommended that the MOH and DPS participate more actively in the design and analysis stages. The DPS should also provide oversight during field activities.

For the MOH and Provincial Health Directorates

1. The MOH should consider exploring the lessons learned from this survey in order to identify “best practices.” It is recommended that the MOH appoint a group of experts to identify and list these best practices in terms of the results observed and work with the PVO/NGOs to document them.

2. The DPS should use the evidence provided in this survey to further explore the replication of identified “best practices” in other non-supported districts.

3. The findings allow MOH to rank provinces by performance, indicating those better-performing provinces that might offer assistance to others provinces. This ranking system would also allow

the MOH to focus its resources in areas of greater need.

4. Cross-province visits, sharing of lessons learned, and even secondments of staff to other provinces should be explored to facilitate identification and replication of best practices.

5. Each province should be provided with its corresponding database and offered further assistance in analysis and interpretation.

6. Each province should select a reduced number of indictors for monitoring performance in quarterly meetings.

7. Further assistance should be provided to provinces to incorporate findings into their action plans.

8. The MOH should receive assistance to develop a contraceptive security policy and strategy.

For the Districts

1. Each district should be provided with its respective database, and assisted in the analysis, interpretation, and incorporation of the findings into their action planes.

2. Districts should be ranked to allow the better performing ones to assist those in need of greater support.

3. Districts should continue to coordinate and lead the planning and delivery of services with the support of various partners. The findings in this survey will help inform the process and the selection of a reduced number of indicators for monitoring performance in their quarterly meetings.

For the PVO/NGOs

1. Unfortunately, there is no time left for the NGO/PVOs to use these findings for future planning. Those that get awarded new contracts should make use of this report and use it as a point of discussion with the respective DPS and DDS to coordinate and plan priority actions.

2. NGO/PVOs should continue to use the survey methodology and regular monitoring to assess and account for their performance.

3. NGO/PVOs should include in their reports a brief description of their program of activities in order to explain how the results were achieved and discuss the effectiveness of their approaches.

For USAID

1. USAID should assist MOH to organize a meeting to review this report, discuss its recommendations and identify immediate actions or priority areas.

2. USAID should promote the identification of evidence-based best practices related to the performance and results found by this survey.

3. USAID should consider analyzing not only the results but the cost per unit of services in order to identify the efficiency of the various models of services evaluated by this KPC survey and thus assist to inform MOH of the selection of one or another service delivery strategy.

ANNEX ONE

INQUÉRITO PARA AGREGADOS FAMILIARES
INSTRUÇÕES PARA ENTREVISTADORES

INTRODUÇÃO
O principal objectivo deste inquérito é monitorar o progresso dos programas de saúde. Isto será feito através de perguntas dirigidas às mães, acerca da saúde dos seus filhos mais novos. Informações detalhadas serão também recolhidas em relação ao estado de imunização das mães e conhecimentos sobre os problemas de saúde.

O seu supervisor dar-lhe-á uma lista de agregados familiares que deverá visitar, ou dirá como encontrar os agregados familiares. Você deve visitar todos esses agregados familiares. Em cada um deles você deve perguntar a um **adulto** pelos nomes e idades das mulheres entre os 14-49 anos de idade que vivem na família. Se você visitar uma família sem nenhuma mulher deste grupo etário, você deve ir para a casa seguinte.

Se não estiver ninguém em casa, quando você for fazer a entrevista, pergunte aos vizinhos se a casa é ou não habitada. Se é ocupada, pergunte aos vizinhos quando os membros da família irão regressar. Programe com o seu supervisor o regresso a esta casa quando os membros da família regressarem, ou então no final do dia. Anote no formulário 1 a hora que tem que regressar. **Não substitua por outra casa até que você tenha visitado a casa desocupada pela segunda vez.**

Se não estiver nenhum adulto em casa, programe regressar em outra altura. Não entreviste quem cuida da criança temporariamente, como seja a empregada(o).

Se não estiver ninguém em casa quando regressar pela segunda vez, então registe essa casa no seu formulário como " ninguém em casa". **O seu supervisor instruir-lhe-á a visitar outra casa que será escolhida aleatoriamente.**

Para os objectivos deste inquérito, nós definimos agregado familiar como um grupo de pessoas que vivem juntas e dormem debaixo do mesmo tecto. Os visitantes não são contados como membros da família.

No locais onde é difícil identificar os agregados familiares por existirem várias casas no mesmo quintal, este deve ser tratado como um único agregado, e deverá fazer uma lista de todas as mulheres em idade reprodutiva que lá habitem. Você será instruído como seleccionar uma mulher para entrevistar.

Pergunte ao seu supervisor se tiver dúvidas acerca do que fazer quando não conseguir localizar um agregado familiar, ou quando não conseguir completar a entrevista. Mantenha sempre registado no formulário 1, os agregados que visitou e não encontrou ninguém em casa.

COMO CONDUZIR UMA ENTREVISTA?

- Esteja de uma forma relaxada e informal, mais seja correcto. Use o questionário cuidadosamente.
- Tenha a certeza que a entrevistada percebeu correctamente os propósitos exactos de cada pergunta. Isso ajudar-lhe-á a saber se as respostas que está a receber são ou não adequadas.

- Faça a pergunta exactamente como ela está escrita. Mesmo pequenas alterações na ordem, podem alterar o significado da pergunta.
- Faça as perguntas na mesma ordem como elas são dadas no questionário.
- Faça todas as perguntas, mesmo que o entrevistado responda duas perguntas de uma vez(mesmo tempo). Você pode explicar que deve fazer cada pergunta individualmente (separadamente), ou dizer " para ter a certeza..." ou para refrescar minha memória.." e então fazer a pergunta.
- Ajude os seus entrevistados a sentirem-se a vontade, mas certifique-se que você não faz sugestões para as respostas às suas perguntas. Por exemplo: não "ajude" a mulher a lembrar-se da idade do seu filho.
- Não deixe perguntas em branco, a não ser que tenha sido instruído para deixar a pergunta em branco. As perguntas deixadas em branco são muito difíceis de analisar posteriormente. No escritório isso poderá parecer que você se esqueceu de fazer a referida pergunta. Escreva sempre 0 (zero),quando nenhuma resposta for dada. Escreva no número de código (normalmente 9 ou 99), para as respostas como "não aplicável", ou "não sabe", quando necessário para indicar que você fez a pergunta mas não foi dada a resposta apropriada.
- Registe as respostas imediatamente. Escreva e sublinhe algum ponto pertinente levantado outra pessoa presente, e mencione quem é a outra pessoa. Verifique todo o questionário antes de deixar a casa, para certificar-se que está correctamente preenchido.
- Agradeça ao entrevistado pela cooperação. Lembre-se do horário do inquérito e não fique nem fale mais do que o tempo necessário.

A. PONTOS GERAIS

Vista-se correctamente.

A sua aparência dá ao entrevistado a primeira impressão sobre si. A forma como se veste poderá afectar se a sua entrevista terá sucesso ou não. Vista-se de forma simples e correctamente.

B. Ganhe harmonia com o entrevistado

Tente não chegar a casa do entrevistado em uma altura inconveniente do dia. Como a hora da refeição. Tente chegar quando o entrevistado não está muito ocupado para poder responder as perguntas.

Apresente-se pelo nome e mostre a sua identificação. Explique sobre o inquérito e porquê que você quer entrevistar a mulher no agregado familiar, exactamente como explica introdução deste documento.

Esteja preparado para explicar o que significa confidencialidade e para convencer o entrevistado a participar caso esteja relutante.

Se a entrevistada recusar ser entrevistada, anote as razões no questionário, se possível.

Mantenha-se calmo e educado todo o tempo.

Sonde por respostas adequadas

Espere e faça uma pausa se a entrevistada tentar recordar-se de algo difícil.

Peça a entrevistada para clarificar a sua resposta se necessário. Você pode não compreender a resposta.

Verifique a consistência entre as respostas que a mãe dá. Por exemplo, se ela lhe diz que nunca foi casada, ela não deve responder que o seu marido ou parceiro é o chefe de família.

C. *COMO PREENCHER O QUESTIONÁRIO*

Fazendo Perguntas e Registando as Respostas

Neste módulo, toda a informação que você irá registar é baseada nas respostas directamente dadas pela mãe. É muito importante que você faça cada pergunta exactamente como está escrita no questionário. Em adição as perguntas, existem frases que aparecem em itálico no questionário, indicando que existem instruções ao entrevistador e não deverão ser lidas em voz alta para a mãe.

Através do questionário, os códigos 9, 99, e 999 etc., são usados para informação em falta (por exemplo, quando a entrevistada responde " eu não sei"). Os códigos 8 , 88 , 888, etc., estão reservados para perguntas que não são aplicadas para esse agregado familiar, entrevistada, ou para " outras" respostas que não caibam em nenhuma categoria. Em muitas perguntas, existem instruções para saltar, perguntas dependendo da resposta dada. Quando saltar perguntas, desenhe uma linha sobre elas assim o seu supervisor poderá ver que essas perguntas foram saltadas intencionalmente e não esquecidas.

D. *FORMULÁRIO 1 : LISTAGEM E SELECÇÃO DE MULHERES*

O formulário tem perguntas para obter os nomes e idades de mulheres em idade reprodutiva em cada agregado familiar, e obter o nome, idade, data de nascimento e sexo de até dois filhos crianças (biológicos), de mães normalmente residentes no agregado familiar que tem a criança menor de cinco anos de idade. Irá também dar o registo das suas visitas e os formulários que você completar por cada agregado familiar.

Painel de Informação do Agregado Familiar

O número do questionário deverá já estar no cimo do formulário.

Colocar o número do grupo conforme instruído pelo seu supervisor.

Colocar o número do agregado familiar conforme instruído pelo seu supervisor.

Coloque o seu próprio nome ou número de identificação. O seu supervisor deverá

assinar o seu nome, quando estiver a verificar o questionário.

Registo da Visita

Coloque a data da visita: dia/mês

Se a casa estiver desocupada, coloque o código 7 para " desocupada"

Se não estiver ninguém em casa quando você chegar, registe na coluna da " primeira Visita" e anote a hora para você fazer a visita seguinte a essa casa, conforme instruído pelo seu supervisor.

Se não houver nenhuma mulher elegível no agregado familiar, anote o codigo do resultado "2", como código e vá ao agregado seguinte. Se a mulher seleccionada não estiver em casa, anote um "4" na caixa debaixo da "primeira visita e tente saber quando ela estará em casa. Anote a hora para a próxima visita no espaço correspondente.

Se não estiver ninguém disponível para a entrevista em casa na sua segunda visita, ou se o agregado, ou mulher elegível recusa ser entrevistada, anote o código apropriado no quadradinho e marque " visita final".

Visita final

Preencha essa sessão uma vez que tenha completado todos os questionários aplicáveis ao agregado familiar. Se todos os questionários foram completados, para a mãe de um menor de dois anos ou mulher em idade reprodutiva sem uma criança elegível, anote que a entrevista está completa aqui. Se você for incapaz de completar uma entrevista no agregado familiar, escreva as razões.

Lista das mulheres no agregado familiar

1. Pergunte quantas mulheres entre os 14 e 49 anos de idade vivem no agregado. Para os propósitos deste estudo, nós definimos **agregado familiar** como um grupo de pessoas que normalmente dormem debaixo do mesmo tecto. *Isto refere-se apenas às mulheres que normalmente dormem nessa residencia, e que dormiram lá na noite anterior à visita – não são incluídas as visitantes.*

2. Depois, liste o primeiro nome de cada mulher, começando pela mais jovem. Pergunte a idade de cada mulher e a escolaridade. Pergunte se ela tem alguma criança menor de cinco anos de idade vivendo no agregado familiar. Se ela tiver uma criança menor, marque um X na última coluna próximo ao seu nome.

3. Continue na pagina seguinte do formulário 1.

4. Anote no quadradinho abaixo o número total de mulheres que vivem nesse agregado familiar.

5. Se tiver pelo menos uma mulher com uma criança menor de cinco anos de idade, continue na página seguinte, e leia as saudações e peça (solicite), o seu consentimento para entrevistá-la:

Olá. Nós somos da Save the Children, projecto de saúde, e gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas acerca da saúde da sua criança e dos seus próprios cuidados de saúde. Nós estaremos muito gratos se você poder gastar algum do seu tempo respondendo algumas perguntas. Eu não escreverei o seu nome de família,

e tudo que disser-me será mantido de forma confidencial. Também, você não é obrigada a responder nenhuma pergunta se não quiser, e você poderá desistir da entrevista a qualquer altura. Posso continuar?

6. Se a cliente concordar em continuar, pergunte se ela tem alguma pergunta responda adequadamente as mesmas.

7. Se a cliente não concordar em continuar, agradeça-lhe e vá ao agregado familiar seguinte. Lembre-se de preencher o código do resultado da visita antes de entrar no agregado familiar seguinte.

Obter a Data de Nascimento da Criança

Pergunte: Em que mês e ano nasceu (nome)? Sonde: Qual é a data de nascimento (nome)?

Pergunte a mãe pela data de nascimento da criança. Se o mês ou dia não tem dois dígitos use o 0 para preencher algum espaço. Por exemplo, o mês de março é codificado como "03". Se a mãe sabe a data exacta de nascimento, também introduza o dia de nascimento. Ou então, registe "99" no espaço para o dia do nascimento. É importante registar correctamente o mês e ano de nascimento da criança.

Se a mãe não estiver certa da data de nascimento da criança, pergunte se a criança tem cartão de saúde. A data de nascimento escrita no cartão de saúde deve ser certificada pela mãe. Se não tiver cartão de saúde, você precisará de sondar para obter a melhor estimativa da data. Se a mãe puder dar o ano de nascimento, mas não o mês, tente sondar para estimar o mês. Você terá de converter o nome do mês em número, conforme você foi instruída.

Se você não puder estimar o mês de nascimento da criança através dessa informação, você terá que descobrir em que estação a criança nasceu. Se mesmo assim for difícil estimar o mês de nascimento da criança, escreva "99" no espaço referente ao mês. Se você não conseguir saber o dia de nascimento, escreva "99" no espaço reservado ao dia. Não deixe esses espaços em branco.

Você deve registar o ano de nascimento. Se a mãe não conseguir dar o ano de nascimento, você terá que usar um calendário dos acontecimentos mais importantes, para estimar a ano de nascimento da criança. Se não houver outra forma de estimar o ano de nascimento, relacionado com o nascimento da criança passe para outra criança do mesmo agregado, para a qual a data seja conhecida. Você irá precisar de usar o seu julgamento para estimar o ano de nascimento de cada criança.

Nota para o coordenador do estudo: quando forem usadas datas de eventos ou outras perguntas de sondagem, os coordenadores de estudo devem fornecer uma formação adequada para o seu uso.

- Por exemplo: Se a mãe não sabe a data de nascimento ou a idade certa do seu filho, tente perguntar "há quantos anos nasceu (nome da criança)" Você pode ajudar-lhe relacionando a idade da criança com a de outra criança, a algum evento importante ou a uma estação de nascimento, por exemplo, " há quantas estações chuvosas nasceu (nome da criança)?"

Lembre-se, as idades devem ser da <u>última data de nascimento</u>; isto é, a criança deve ter celebrado ou passado o seu aniversário.

Calcular a idade da criança através da data de nascimento. Use a tabela que lhe foi dada durante o

treinamento para verificar a idade da criança em meses, baseada no dia da entrevista e data de nascimento da criança.

Vá a próxima mulher com uma criança menor de cinco anos de idade, e faça-lhe as mesmas perguntas. Registe a idade em meses para cada criança nos respectivos espaços. Se existir mais de uma criança no agregado familiar menor de 24 meses de idade, você deve usar o último digito do número do questionário e a tabela " Selecção individual de um entrevistado", para seleccionar **apenas uma** mãe para entrevistar. **Então irá preencher o questionário B: PARA MÃES COM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE.**

Na maioria dos casos não haverá mais de duas mães elegíveis, No.1 e No. 2 na página 2 do questionário. Encontre o número de mulheres elegíveis na primeira coluna, e leia apartir da direita até encontrar o último digito do questionário no cimo da linha horizontal. A mulher seleccionada será a mulher na lista com o número que corresponde a célula onde a coluna e a linha se cruzam.

SE NÃO HOUVER NENHUMA CRIANÇA MENOR DE 24 MESES DE IDADE NO AGREGADO FAMILIAR

Se não houver nenhuma mulher com criança menor de 2 anos , consulte de novo a listagem para encontrar o numero de mulheres em idade reprodutiva na família (14-49 anos).

Se houver mais de uma mulher elegível para entrevistar use o último digito do número do questionário para escolher uma mulher para entrevistar. Encontre o número de mulheres elegíveis na 1ª coluna, e leia para direita até encontrar o último dígito do número do questionário no cimo da linha horizontal. A mulher seleccionada será a mulher na lista com o número que corresponde a célula onde a linha e a coluna se encontram. **Então preencha o Questionário A: PARA MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA.**

PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO NOS QUETIONÁRIOS INDIVIDUAIS :

Antes de fazer as perguntas do questionário, registe o nº de questionário, grupo e membros da família no topo do questionário. Se a mulher estiver entre os 14-49 anos de idade(*mulher elegível*) e não houver mãe de crianças menores de 2 anos nas famílias, esta será questionário B. Esta é a mesma informação que você anotou no formulario 1.

PREENCHENDO O QUESTIONÁRIO B:

Depois de preencher o nome da mãe, nome do filho e sua idade e sexo, continue fazendo as perguntas abaixo descritas.

Por Favor: Para recordar ao entrevistador que nas perguntas onde mais do que uma resposta é permitida são codificadas com as letras (A,B,X,Z, etc).

CARACTERÍSTICAS DOS ANTECEDENTES DOS ENTREVISTADOS.

P. 1: QUANTOS ANOS TENS?

Try to find out how long ago she got married or had her first child. (You may be able to find out the age of her oldest child if the child is still living. You may be able to relate her age to someone else in the household whose age is known. You may be able to determine her age based on how old she was when an important event occurred, and the number of years that have since elapsed.)

Registe a idade da mulher ***anos completados*** *(isto é, a idade do seu último aniversário)*

Se ela não souber a resposta para algumas destas questões, sonde uma pista ou indício que pode indicar a sua idade.

Pergunte quantos anos ela tinha quando ela se casou pela primeira vez, ou que teve o 1º nascimento. Tente descobrir há quanto tempo ela se casou ou quando teve o primeiro filho (*Você poderá ser capaz de descobrir a idade da criança mais velha se estiver ainda viva. Poderá relacionar a idade dela à de alguém do agregado cuja idade seja conhecida. Poderá também determinar a idade, baseada na idade que ela tinha aquando de algum acontecimento importante e o número de anos que passaram depois desse evento).*

Como último recurso, se não puder obter a idade dela de nenhuma maneira, você terá que estima-la. Você deverá preencher esta informação. ***Não deixe este espaço em branco.***

P.2: EDUCAÇÃO:

Por quantos anos frequentaste a escola?

O termo ”Escola” significa escolaridade formal, a qual inclui: Primária, Secundária e Pos-Secundária. Estas definições de escola não incluem Bíblica, Corânica nem curtos cursos como: dactilografia, costura, etc.

Contudo, este inclui técnica ou vocacional além do nível primário, tal como cursos terminados em mecânica ou secretariado. Se a mãe dizer que nunca foi a escola registe “00” nas outras questões registe os anos completados.

P.3 – Pergunte a senhora sobre o seu estado civil e registe a sua resposta através do circulo no código apropriado .Se ela disser que não é casada, investigue se ela alguma vez o esteve ou se ela é viuva, divorciada ou separada do marido.

P.4 CHEFE DA FAMILIA.

Quem é o chefe da família?

Esta pergunta proporciona informação na estrutura da família.

P.5 - CUIDADOS DA CRIANÇA ENQUANTO ESTIVER FORA DA CASA

Quem cuida de (*nome*) quando você está fora de casa?

Na pergunta 5, pergunta quem cuida de (*nome*) quando a mãe estiver fora de casa, mais de uma resposta é permitida.

VACINA ANTI-TETÂNICA

Q.6: FICHA PRÉ-NATAL.

Você tem a ficha pré-natal ?

1º, pergunte se a mãe tem a ficha pré-natal ou outro documento que prove a sua vacinação, pede para ver esses documentos (de vacinação) e registe os dados que lá estejam. Se te apresentarem a ficha use-a para responder as perguntas que se seguirem.

Se nenhuma ficha for disponibilizada, tente investigar a quanto tempo recebeu a vacina anti-tetânica e o nº total de vacinas anti-tetânicas que tenha recebido em toda sua vida, use as suas perguntas de sondagem e preencha as respostas nos quadradinhos disponibilizados.

A MULHER QUE NÃO TIVER A FICHA PRÉ-NATAL TERÁ DIFICULDADES DE INDENTIFICAR SE AS INJECÇÕES QUE TENHA RECEBIDO FORAM ANTI-TETÂNICAS OU NÃO. OS PESQUISADORES DEVERÃO ADAPTAR PALAVRAS PARA DESCREVER A INJECÇÃO DA VACINA ANTI-TETÂNICA E OUTRAS PERGUNTAS ADICIONAIS QUE EVIDENCIEM ESPECIFICANDO O SÍTIO FREQUENTEMENTE USADO (NO BRAÇO OU OMBRO).

P.7 e 8 VACINA ANTI-TETÂNICA DURANTE A GRAVIDEZ

*Quando estava grávida do seu último filho, recebeu alguma injecção para preveni-lo contra as convulsões depois do nascimento (**a anti-tetânica, a injecção no topo do braço ou ombro)**?*

Pergunte-a se recebeu alguma vacina anti-tetânica durante a sua última gravidez , ponha circulo no 1 para a resposta sim e procede para a pergunta 8. Se a resposta for não ou não sabe coloque circulo no código apropriado e salte para a 9 traçando uma linha da pergunta saltada.

Se "sim" quantas doses de vacina anti- tetânica recebeu durante a última gravidez?

Registe o nº de doses que a mãe disser no espaço reservado. Se a mãe disser duas doses durante a última gravidez, não é necessário certificar se ela teria recebido doses de VAT antes. Depois de escrever 02, pare aqui e salte para o próximo modelo após ter traçado a linha através do resto deste modelo. Se a mãe disser: uma dose apenas ou nenhuma durante a sua ultima gravidez, ou não sabe, vai para pergunta 9.

P. 9 e 10: PRECEDENDO ESTA GRAVIDEZ

Recebeste alguma vacina anti-tetânica em qualquer altura antes da sua última gravidez, incluindo durante a anterior gravidez ou entre as gravidezes?

Se ela responder que nunca recebeu nenhuma vacina anti-tetânica anterior a sua última gravidez, ou não sabe coloque circulo na resposta apropriada e salte para pergunta 12.

Se "sim" quantas doses recebeste?

Se ela disser que apenas recebeu uma única dose antes da gravidez da criança (*nome*), investigue: pergunte acerca de doses recebidas durante ou antes da gravidez seguinte ou durante as gravidezes. Registe a resposta no espaço reservado, tal como nas perguntas 7 e 8 acima.

P.11: DOSES ANTI-TETÂNICAS

Quando foi que recebeu a última dose?

Pergunte-lhe a data em que ela recebeu a última dose de anti-tetánica em relação a sua última gravidez. Se ela não poder responder dar o mês e ano, ponha um círculo nos 9s para " não sabe" e pergunte:

Há quantos anos atrás você recebeu a última dose?

Pergunte-lhe para estimar a quanto tempo ela recebeu a última dose de anti-tetánica, e coloque a resposta que ela der.

CUIDADOS MATERNOS E DO RECÉN-NASCIDO

GRAVIDEZ, CUIDADOS PRÉ-NATAIS E PARTO

Q.12 Quando uma mulher está grávida quais são os sintomas que indicam que ela deve procurar cuidados de saúde?

Esta pergunta procura informações que a mãe talvez tenha aprendido acerca do que são sinais e sintomas de perigo durante a gravidez para os quais ela deve procurar atenção médica. Ponha um círculo em todas as respostas que a mulher der, escreva outras respostas que ela dê que não estejam na lista, e ponha um círculo para outras respostas.

Q.13 Que planos você fez para preparar o nascimento do(nome)?

Esta questão pergunta a mulher para dizer que tipos de preparação ela e a sua família fizeram para o nascimento do(nome criança). Se ela não mencionou nenhum dos itens que estão listados, pergunte " mais alguma coisa" até que ela não tenha mais nenhuma resposta a dar. Registe " outras respostas" que ela der e ponha um "X". Se ela não fez nenhum plano ou preparação para o parto, marque "Z" para 'não plano'.

Q.14 Você procurou alguém para ter cuidados pré-natais durante a última gravidez- quando você estava grávida do(nome da criança)?

Pergunte a mulher se ela teve alguma consulta pré-natal, e se ela responder 'sim', questione pela pessoa que lhe deu a consulta. Marque o código para todas as pessoas mencionadas.

Q.15 Quantas consultas pré-natais você teve durante esta gravidez?

Registe o número de vezes que ela teve consultas pré-natais no respectivo quadradinho . Registe '99' para 'não sei' se ela não souber dizer o número de consultas que teve.

Q.16 Quem assistiu ao parto do seu último filho (ou nome da criança)?

Marque os códigos para todas as pessoas mencionadas.

Q.17 Onde foi que o parto ocorreu, ou teve lugar?

Registe o lugar onde a criança nasceu. Se a criança não nasceu na unidade sanitária, salte para a Q.19.

Q. 17ª *Se foi ao Hospital/Centro de Saúde, quem a referiu?*

Caso tenha tido o parto numa das instituições acima referidas, registe quem a transferiu, se for o caso ou ninguém se não tiver sido referida por alguém.

Q.18 Casas de espera da maternidade.

Para as mães que tiveram o parto na unidade sanitária, esta pergunta procura descobrir se a mãe esperou ou ficou na casa de espera da maternidade, ou perto da unidade sanitária onde ela teve o parto. Registe '00' se ela ficou lá menos de 24 horas antes do parto. Registe o número de dias que ela ficou lá, se for mais de 24 horas.

Q.19 Observação pós-parto.

É importante que a saúde de ambos da mãe e do bebé seja vista durante as primeiras semanas depois do parto.

Q.19 Depois do(nome da criança) nascer, alguém verificou o seu estado de saúde?

Na Q.19, você ira marcar 1 se a mãe dizer que alguém verificou o seu estado de saúde. Você registará 2 se a mãe dizer que ninguém verificou o seu estado de saúde. Salte para a Q.21 se ela responder 'não'. Esta questão apenas pergunta acerca da verificação do estado de saúde da mãe.

Q.20 Quantos dias ou semanas depois do parto teve a primeira observação? Para esta questão você irá registar quanto tempo depois do parto a primeira observação pós-parto teve lugar. Se a resposta da mãe for em dias, marque 1 e preencha o número de dias no respectivo quadradinho. Registe '00' se a mãe disser que foi observada no mesmo dia do parto. Se ela responder em semanas, marque 2 e preencha o número de semanas. Lembre-se de colocar zero no primeiro quadradinho se a mãe der um número menor de 10.

Q.21 Onde a observação teve lugar?

Você irá questionar pelo lugar onde ela teve essa observação pós-parto nesta questão.

Q.22 Pergunte pela saúde do bebé.

Nessa altura a pessoa que lhe observou, verificou também o estado de saúde do (nome da criança)?

A observação pos-parto é importante para o bebé como para a mãe. Esta questão pergunta a mãe se a pessoa que lhe observou também verificou o estado de saúde do bebé, ou (nome da criança).

ALEITAMENTO MATERNO

Q.23: TODA CRIANÇA AMAMENTADA

Você sempre amamentou o (nome da criança)?

Nesta questão, não importa o tempo que a mãe amamenta a criança, apenas se ela amamentou ou não a criança. Se 'sim' continue. Se 'não' vá para o módulo seguinte.

Q.24: Início da amamentação

Pergunte-lhe quando colocou pela primeira vez a criança a mamar; questione para descobrir se ela esperou por mais de uma hora para amamentar o bebé. Não lhe induza, mas pergunte "cerca de quantos minutos ou horas depois do parto"?. Se ela não responder em tempo. Marque '9'se ela não souber estimar o tempo.

Q.25 Aleitamento com colostrum

Esta questão procura descobrir se a mae amamentou o bebé com colostrum(o líquido amarelo que sai do seio(peito), antes do leite). Certifique-se que ela entendeu o que você está perguntar, e registe a resposta marcando o código.

Q.26 Aleitamento actual

Você está a amamentar o (nome da criança)?

Para esta questão não importa se a mãe está a dar a criança outros líquidos ou alimentos e a amamentar; o que interessa é se a criança está a ser amamentada.

Q.27 Duração do aleitamento materno

Por quanto tempo amamentou (nome da criança)?

Esta questão é para mães que já não estão a amamentar a criança em questão. É importante tentar obter uma informação correcta, o mais correcta possível. Se a mãe dizer que não se lembra por quanto tempo amamentou a criança, dê-lhe algum tempo para pensar, ou pergunte-lhe se ela lembra-se de quantos anos tinha a criança (nome), quando ela deixou de amamentar-lhe completamente. Se a mãe der uma resposta aproximada como " cerca de um ano", procure saber se foi exactamente um ano ou mais ou menos que um ano.

Registe o número de meses quando a mãe parou completamente de amamentar a criança. Não importa se ela esteve a dar a criança outros líquidos ou alimentos em adição ao aleitamento; você está simplesmente a registar por quanto meses ela amamentou a criança.

Q.28 Líquidos e alimentos que deu nas 24 horas anteriores.

Desde ontem a esta hora, deu a criança alguma coisa como?

O propósito desta questão é obter informação para descobrir se a criança é amamentada exclusivamente, e descobrir acerca da variedade da dieta que a criança tem. Você irá perguntar a mãe acerca dos tipos de líquidos e alimentos que ela deu a criança no dia anterior a entrevista. Leia a questão lentamente e depois leia cada item da lista. Espere pela resposta da mãe e registe se a criança recebeu cada item.

Se nenhum item das categorias foi dado durante todo o dia anterior ao da entrevista, marque ‘2’ e vá para a categoria seguinte. Se ela não sabe se a criança recebeu um dos itens, marque ‘9’ para “não sabe”.

VITAMINA A

A deficiência de vitamina A é a maior causa de cegueira nocturna na criança.

Q.29 CONHECIMENTOS DA VITAMINA A-ALIMENTOS ENRIQUECIDOS

Você já ouviu falar de certos alimentos que são importantes para a vista e prevenção da cegueira?

Se “sim” continue. Se “não” ou “ não sabe” salte para Q.31.

Q.30 Você pode dizer-me quais são alguns desses alimentos?

O propósito desta questão é obter a melhor imagem dos conhecimentos da mãe e familiaridade com os alimentos ricos em Vitamina A. Leia a questão mas não leia cada item da lista. Espere que a mãe responda voluntariamente. Não induza a mãe. Registe o que a mãe disser como alimento e marque o código ao lado do alimento. Se ela mencionar outros alimentos para além daqueles que aparecem na lista, marque ‘X’, para ‘outros alimentos’ e marque ‘Z’ se ela não mencionar nenhum alimento.

Q.31 Desde o último (dia da semana), a criança(nome) comeu algum destes alimentos?

O propósito desta questão é obter uma imagem dos alimentos ricos em Vitamina A que a criança recebe na sua dieta. Leia a questão e depois lentamente leia cada item da lista. Espere pelas respostas da mãe. Registe se a criança comeu alguns dos alimentos na semana passada e marque “1” se a mãe disser que a criança comeu

um alimento e “2” se a mãe disser que a criança não comeu nenhum alimento. Marque ‘9’ se ela não sabe se a criança comeu algum alimento na semana anterior.

Q.31B Se (nome) comeu algum dos alimentos acima mencionados, qual foi a frequência do consumo destes mesmos alimentos?

Se na resposta anterior a mãe mencionar algum dos alimentos descritos no questionário, procure saber quantas vezes comeu, se um dia, dois a quatro ou mais de quatros dias e assinale no local apropriado.

Q.32 A criança(nome), alguma vez recebeu Vitamina A(suplemento), como este aqui?

Mostre a capsula de vitamina A a mãe e pergunte-lhe se a criança(nome), alguma vez recebeu. Se “sim” continue. Se “não” ou “não sabe”, salte para Q.34.

Q.33 Há quantos meses atrás a criança(nome), tomou a última dose?

Registe o número de meses na respectiva linha. Se ela não sabe marque “99” e continue com a questão seguinte, Q.34.

CUIDADOS DURANTE A DOENÇA

DIARREIA NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

A diarreia é comum entre as crianças em muitos países e pode ter efeitos sérios na saúde e estado nutricional das crianças. Esta questão procura descobrir se a criança teve recentemente diarreia e, se sim, que tratamentos, bebidas e alimentos a criança tomou durante o episódio. O episódio de diarreia é definido como três ou mais perdas ou fezes líquidas por dia, e/ou sangue nas fezes em algum dia, ou como definida pela mãe.

Q.34 A criança(nome) teve diarreia nas duas últimas semanas, isto é desde(dia da semana) da semana antes desta?

Registe a resposta da mãe. Se a mãe não estiver certa do que se quer dizer com diarreia, diga-lhe que significa “ mais de três perdas ou fezes aquosas por dia ou sangue nas fezes”. Certifique-se que a entrevistada compreenda o que quer dizer com “ nas duas últimas semanas”.

Se a criança teve diarreia nas duas últimas semanas, marque 1 (“sim”) e salte para a Q.36. Se a criança não teve um episódio recente de diarreia (nas duas últimas semanas) registe 0 (“não”) ou 9 (“não sabe”) e faça a pergunta Q.35.

Q.35 Nas duas últimas semanas, a criança(nome) teve outra doença, como tosse ou febre, ou algum outro problema de saúde?

Esta questão é feita para identificar a criança que não teve diarreia e tenha tido outra doença. Se a criança não teve outra doença, salte para a Q.44. De outra maneira vá para a Q.37.

Q. 36

Nós queremos saber o que deu de beber a criança durante o último episódio de diarreia. Faça cada pergunta separadamente: Deu a criança(nome) leite de peito? Deram-lhe cereais ou.....? E por..... marque o código correcto para cada resposta: 1= sim, 2=não, 9= não sabe. Ser-lhe-a dada uma "lista definida de líquidos caseiros aceitáveis ", como água de arroz ou coco. Se a entrevistada responder " água", pergunte se isso foi a única bebida oferecida, ou se foi acompanhada por outro alimento. Pergunte sobre outros fluídos considerados " inaceitáveis" pelo programa local. Em Moçambique é a coca-cola e outros refrescos. Se a criança não teve nada para beber (2I), salte para a Q. 38.

Q.37. Se a criança teve diarreia ou outra doença nas duas últimas semanas, esta questão deve ser perguntada. Nós queremos saber qual foi o molde de consumo de fluídos da criança doente durante o episódio. Faça a pergunta conforme ela está ordenada aqui. Leia toda a questão, e marque o código para a resposta que a mãe der, no respectivo quadradinho a direita.

Q.38 A criança talvez mude a quantidade de comida que come normalmente, durante o episódio de doença. Faça a pergunta conforme ela está ordenada no questionário. Se a criança continua a ser amamentada, certifique-se que a mãe entendeu que isso incluí o aleitamento materno. Se a mãe responder que é "menos que o usual", questione para tentar descobrir se ela pensa que a quantidade foi " algo menos" ou "muito menos" que o usual. Registe o código para a resposta da mãe na caixa apropriada.

INFECÇÃO DO TRACTO RESPIRATÓRIO BAIXO

Q.39: A criança (nome), teve alguma doença com tosse nas últimas duas semanas, isto é desde (dia da semana), antes desta semana?

Esta questão é para ser feita a todas as crianças que tiveram alguma doença durante as duas semanas passadas. É para procura identificar crianças que tiveram uma doença acompanhada de tosse. Se a resposta da mãe for 'não', salte para a Q.44.

Q. 40 Quando (nome da criança), teve a doença com tosse, ele(a) respirava mais rápido que habitualmente, tinha uma respiração rápida ou tinha dificuldade em respirar?

A pneumonia e outras infecções respiratórias podem ser acompanhadas de respiração rápida ou dificuldade em respirar. Esta pergunta procura identificar crianças que tenham tido esta infecção séria. Se a mãe responder 'sim' marque 1 e vá para a questão seguinte. Se ela responder 'não' ou 'não sabe', marque o

código para a sua resposta e salte para a Q.44.

Q.8 SINTOMAS ASSOCIADOS A DOENÇA RESPIRATÓRIA. Os sintomas estão associados a problemas no peito ou ao nariz obstruído?

Q. 41 Esta pergunta é feita para identificar alguma criança que tenha tido respiração rápida ou dificuldade em respirar devido a um resfriado. Se a resposta for " problema no peito", "ambos", ou "não sabe" continue com a Q.42. Se a resposta dela for " nariz obstruído", ou "outra" salte para a Q. 44.

TRATAMENTO PARA A DOENÇA RESPIRATÓRIA

Q.42. Você procurou por ajuda ou tratamento para a doença fora de casa?

A questão 42 pergunta a mãe se ela procurou por conselhos ou tratamento para a tosse da sua criança e respiração rápida ou dificuldade respiratória. Se ela responder SIM, vá para a Q.43. Se ela responder NÃO, ou Não sabe, salte para a Q.44.

Q.43 Onde você procurou cuidados/ajuda? Mais em algum lugar?

Se a mãe disser que procurou por ajuda/cuidados fora de casa, esta questão quer saber onde ela procurou cuidados para a sua criança quando estava doente. Deixe ela dar a resposta e depois marque a categoria na Questão 43 que melhor corresponda a sua resposta. Se a resposta for "Sim", continue com a questão seguinte. Se for "Não" ou "Não Sabe", vá para a Q.44. Leia a questão devagar. Não induza a mãe, ou leia os itens da lista. Marque todos os espaços ou provedores mencionados e escreva abaixo outros mencionados que não estejam na lista.

Q. 44: SINTOMAS QUE REQUEREM TRATAMENTO IMEDIATO

As vezes as crianças têm doenças graves e devem ser levadas imediatamente a unidade sanitária. Quando(nome criança), está doente que tipos de sintomas fariam com que você o levasse a unidade sanitária de imediato?

Esta pergunta tenta procurar, ou saber o que a mãe pensa que são sinais sérios de doença na criança, que a induziriam a levar a criança a unidade sanitária. Leia a pergunta devagar, mas Não leia os itens da lista. Não induza a mãe. Marque o código para todos os sinais e sintomas mencionados e escreva outros mencionados que não estejam na lista.

Q. 45: Tomada de decisão para levar a criança à US para tratamento

Esta questão complementa a anterior, em que se procura saber, uma vez identificados os sinais de perigo, de

quem depende a decisão de levar a criança doente à Unidade Sanitária. Assinale a(s) opção(ões) correta(s).

MÓDULO DE MALÁRIA

A Organização Mundial da Saúde define risco de malária baseado na proporção de crianças febris dos 2-59 meses de idade levadas a unidade sanitária. Um lugar de alto risco é definido como um lugar onde mais de 5% de crianças febris tenham parasitémia numa amostra de sangue. Uma zona de baixo risco de malária é onde 5% ou menos de casos febris têm parasitémia, mas onde o risco não é insignificante. Um lugar é considerado como não sendo de risco de malária se a transmissão de malária não ocorre normalmente e que não seja comum a importação de malária.

Estas questões irão dar a informação básica para identificar as práticas de tratamento da malária e o uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida. A febre é um sintoma de malária, e em áreas onde a malária é prevalente, as mães são aconselhadas a fazer o tratamento para a malária logo que a febre inicie.

FEBRE

Q.46: Nas duas últimas semanas, isto é (dia da semana), da semana anterior a esta, a criança(nome) esteve doente com febre?

Se a resposta for “sim”, será apropriada se a febre ocorreu em qualquer altura durante as duas semanas antes da entrevista, ou iniciou antes desse período, mas continuou por duas semanas antes da entrevista, mesmo que não tenha passado. Se a resposta for “não ou “não sabe”, salte para a Q.54.

Q. 47: A criança(nome), tem febre agora?

Se a resposta for “sim:”, será apropriada se a mãe responder que actualmente a criança tem febre. Não importa qual seja a resposta a esta questão continue com as questões seguintes.

PROCURA DE CUIDADOS NA UNIDADE SANITÁRIA

Q.48: A criança(nome), foi observado na unidade sanitária durante esta doença?

“Unidade sanitária” é definida localmente, e inclui apenas unidades que tenham pessoal de saúde treinado.Estas unidades podem ser públicas ou privadas. Estas não incluem praticantes de medicina tradicional(curandeiros), praticantes religiosos ou farmácias. Se esses tipos de provedores forem mencionados, pergunte outra vez, e registe as respostas como “não” se nenhuma unidade apropriada, foi mencionada ou definida durante o seu treinamento, e salte para a Q.52.

Q. 49: Quanto tempo depois de você ver que a criança(nome), tinha febre, demorou a levá-la à unidade

sanitária?

Assinale o tempo que passou desde que a febre iniciou até quando a criança foi levada a unidade sanitária (“mesmo dia”, “dia seguinte”, “depois de 2 dias”, “depois de 3 ou mais dias”, ou “não sabe”).

MEDICAMENTOS DADOS NA UNIDADE SANITÁRIA

Q. 50: O (nome), tomou o medicamento que lhe foi receitado ou dado na unidade sanitária?

O propósito desta pergunta é saber se a criança recebeu tratamento para a febre como resultado da visita a US.

MEDICAÇÕES ANTES DA VISITA A UNIDADE SANITÁRIA OU MEDICAÇÃO DOMICILIAR

Q. 51: A criança(nome), foi dada medicamentos para a febre antes de ir a unidade sanitária?

O objectivo desta pergunta é saber se a criança recebeu algum medicamento para a febre em casa, antes de ser levada ao provedor de saúde. Se “sim”, salte para a Q.54. Se “não” ou “não sabe”, salte para Q.54.

Q.52: A criança (nome), tomou algum medicamento para a febre ou malária?

Esta pergunta procura saber acerca do tratamento feito em casa a criança que não foi levada a unidade sanitária. Se sim, vá para a Q.53. Se a resposta é ‘não’ ou ‘não sabe’, salte para a Q.54.

USO DE MEDICAÇÃO ANTI-MALÁRICA

Q.53: Quanto tempo depois do início da febre (nome)começou a tomar o remédio?

O objectivo desta pergunta é saber se a criança foi tratada atempadamente para a febre em casa. Marque o código apropriado para o número de dias depois da febre ter iniciado. Marque “0’ se a mãe responder que a criança recebeu os medicamento no dia em que a febre iniciou, marque 1 ou 2 conforme a resposta e marque ‘3’ se ela disser que foram 3 ou mais dias depois da febre ter iniciado.

AS QUESTÕES SEGUINTES SÃO USADAS EM ÁREAS ONDE AS REDES MOSQUITEIRAS IMPREGNADAS ESTÃO A SER PROMOVIDAS, OU PERGUNTE EM TODAS AS ÁREAS DE ALTO RISCO DE MALARIA, FORNECERÃO DADOS DE BASE PARA AVALIAR O FUTURO PROGRESSO NO USO DE REDES MOSQUITEIRAS IMPREGNADAS .

Q.54: Usa rede mosquiteira?

O objectivo desta questão é saber se no agregado familiar entrevistado existe e é utilizada a rede mosquiteira, independentemente de ser pela criança de referência.

Q.54A: A criança (nome), dormiu debaixo da rede mosquiteira ontem a noite?

Registe se a criança dormiu debaixo da rede mosquiteira, e se a rede foi partilhada com outros. Se a resposta for'sim', marque 1 e faça a pergunta seguinte; ou então salte para Q.54. Se a criança não dormiu em casa na noite anterior, pergunte acerca da última noite que ela dormiu em casa.

TRATAMENTO DA REDE MOSQUITEIRA COM INSECTICIDA

Q. 55: Esta rede mosquiteira costuma sei tratada com remédio para matar os mosquitos?

Assegure-se que a pessoa que cuida da criança compreendeu a pergunta. Use outras palavras (termos locais para insecticida), se necessário. Se ela responder 'sim', vá para a Q.56, ou então salte para Q.57.

Q.56: Quando é que a rede mosquiteira foi tratada pela última vez?

Se a resposta anterior for que a rede foi anteriormente tratada, pergunte quando. Se a pessoa quem cuida da criança disser que a rede foi tratada, mas não sabe quando, tente ajudar-lhe a dar uma data mais aproximada possível em relação ao tratamento(estações do ano, datas históricas).

Q.56a: Para além da rede mosquiteira, que métodos usa para prevenir-se dos mosquitos?

Pretende-se identificar as formas de defesa utilizadas pelas comunidades contra o mosquito. É importante a especificação em "outros", quais são esses métodos, caso seja referidos pela entrevistada.

MÓDULO DE IMUNIZAÇÃO

Q. 57: CARTÃO DE VACINAÇÃO

Tem os registos de vacinação da criança(nome)?

Se a mãe responder que ela tem o cartão de vacinação da criança(nome), então pergunte "posso ver por favor?" Em alguns casos a mãe não esta disposta a perder tempo a procura do cartão de vacinas, pensando que você está com pressa. Encoraje ela a procurar o cartão de vacina da criança. É essencial obter o documento

escrito da historia de vacinação da criança; por sua vez, seja paciente se a entrevistada precisar de procurar o cartão.

Se a mãe mostrar-lhe o cartão, marque 1 (“sim”, visto) e continue com as Qs. 58 a 65.

Marque 2 (“sim, não visto”) se a mãe disser que a criança(nome), tem cartão mas ela não pode encontrar o cartão porque a) perdeu, b) está com alguém, ou c) está num lugar inacessível para ela no momento da entrevista. Se a mãe disser que ela nunca teve o cartão para a criança(nome), marque 3 “ Não”. Se você marcar 2 ou 3 vá para a Q.66.

Q.58 até 65: REGISTO DAS VACINAÇÕES

Se a mãe não lhe mostrar o cartão de vacinação você deve ir para a Q.67.

Se a mãe mostrar-lhe o cartão de vacinação, preencha as respostas das questões 58 a 64, tirando as informações directamente do cartão. Antes de registar as informações, certifique-se que tem o cartão correcto de acordo ao nome da criança. Quando estiver a ler o cartão de vacinação, seja muito cuidadoso. As datas devem ser registadas primeiro pelo dia, depois o mês e o ano. Verifique o cartão cuidadosamente para ver de que forma as datas estão escritas, porque muitas vezes o mês pode vir primeiro, seguido do dia e do ano. Seja muito cuidadoso em registar correctamente as datas.

Em adição ao registo das datas de vacinação no cartão, algumas unidades sanitárias também registam as datas das consultas seguintes, em que as mães devem trazer a criança para a vacinação seguinte. Seja cuidadoso para não registar as datas das próximas consultas como datas de vacinação. É possível que se tenha dado uma data para a visita seguinte, mas a criança não tenha sido vacinada. Apenas registe datas em que as vacinações foram feitas e não a da visita seguinte. Seja paciente e leia atentamente todo o cartão.

Se o cartão mostrar que foi aplicada a vacina, mas não tiver nenhuma data registada, marque 44 na coluna do dia da vacina e deixe o mês e ano em branco. Por outro lado, se for dada a data para a vacina DTPHep B e existe apenas um visto, para mostrar que a vacina da pólio foi aplicada, registe a data da vacina da DTPHep B na linha da pólio desde que indique que provavelmente que as vacinas foram aplicadas no mesmo dia. Alguns cartões de vacinação têm apenas uma linha para a DTP1 e PÓLIO1, DTP2 e PÓLIO2, etc,. Se tiver uma data numa dessas linhas, registe a mesma data para ambas as vacinas DTPHep B e PÓLIO.

Q.66: VACINAÇÕES DURANTE AS CAMPANHAS (SE O CARTÃO DE VACINAÇÃO FOR VISTO)

A criança(nome), recebeu outras vacinas – incluindo aquelas vacinas que dão durante as campanhas nacionais de vacinação?

Esta pergunta é <u>feita apenas as mães cujas crianças têm cartão de vacinação</u>. Marque a resposta apropriada e vá para o módulo seguinte. Pergunte a mãe se a criança recebeu outras vacinas que não tenham sido registadas no cartão de vacinação. Isto incluí qualquer outra vacina recebida durante os dias nacionais de vacinação (campanhas). Continue com o módulo seguinte, não importa qual seja a resposta dada.

Qs. 67 a 74: VACINAÇÃO (SE NÃO FOI VISTO O CARTÃO DE VACINAÇÃO)

Estas perguntas são feitas apenas se você não viu o cartão de vacinação da criança. Para as crianças que não tenham cartão, toda a informação acerca da vacinação será colhida da mãe, baseadas no que ela se recorda sobre as vacinações. Estas perguntas são feitas para ajudar a mãe a identificar as diferentes vacinas.

Q. 67: A criança(nome), alguma vez recebeu alguma vacina para lhe proteger de apanhar doenças, incluindo vacinas recebidas durante as campanhas nacionais de vacinação?

Se a resposta a Q.66 é "Sim" vá para a questão seguinte. Se a resposta é "Não" ou "Não sabe", salte para Q.74.

Q. 68: A criança(nome), alguma vez recebeu a vacina da BCG contra a tuberculose – isto é uma injecção no braço esquerdo que deixa cicatriz?

Q. 69: A criança(nome), alguma vez recebeu "vacina em gotas na boca" para lhe proteger de apanhar uma doença como a pólio?

Se a resposta for "não" ou "não sabe", salte para Q.71.

Qs. 70 e 71 : DOSES DE PÓLIO

Quantos anos tinha a criança(nome), quando recebeu a primeira dose de vacina contr a Pólio – foi depois de nascer ou mais tarde?

Quantas vezes a criança(nome), recebeu essas gotas?

Qs.72 e 73 : DOSES DE DTP

A criança(nome),alguma vez recebeu "vacinas em injecção" – isto é uma injecção na coxa ou nádega para proteger-lhe de apanhar tétano,tosse convulsa e difteria? (algumas vezes dada ao mesmo tempo que a pólio).

Se a resposta for "sim" vá para a questão seguinte. Se for "não" ou "não sabe", salte para a Q.73.

Q. 74: DOSE DE SARAMPO

A criança(nome), alguma vez recebeu "uma injecção" – isto é uma injecção no braço quando tinha 9 meses de idade ou mais – para proteger-lhe de apanhar sarampo?

MÓDULO DE CONTRACEPÇÃO

CONHECIMENTOS DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E FONTES

Estas perguntas são feitas as mães e, se não estiver nenhuma mãe de uma criança menor no agregado familiar, mulheres em idade reprodutiva (14-49) anos de idade. Tente entrevistar a mulher sozinha – separada de outros membros da família. Leia as instruções, lembre-se que essas questões podem ser consideradas embaraçosas. Faça o seu melhor para colocar a mulher a vontade, e faça as perguntas sem indicar a sua aprovação ou desaprovação as respostas que ela lhe der.

Q. 75: Leia o nome e a descrição de cada método contraceptivo, e pergunte se ela alguma vez ouviu falar do método. Se ela responder sim, vá para *Q. 76: Você sabe onde pode obter o método,* e marque a resposta. Continue a ler cada item da lista, e registe. Q.76 (ou Q. 77 para os itens I até L), para cada método que ela responda, ela ouviu falar.

USO ACTUAL DE CONTRACEPTIVO

Q. 78: Você está grávida agora?

As mulheres que estão grávidas não necessitam de usar métodos contraceptivos, e não devem ser inquiridas acerca do uso actual. Se a mulher disser que está grávida, salte para Q. 80.

Q. 79: USO CORRECTO DA CONTRACEPÇÃO

Você actualmente está a fazer alguma coisa, ou usar algum método para adiar(espaçar) ou evitar ficar grávida?

Se a mulher responder “sim”, pergunte-lhe qual é o método principal que ela está a usar; marque apenas uma resposta. Se ela responder “não”, marque 1 para “não uso de método” e vá para a Q.80.

PREFERÊNCIA DE FERTILIDADE

Antes de fazer a pergunta, verifique Q.78 – se a mulher está grávida actualmente, marque um ‘X’ no qudradinho próximo Q. A e pergunte:

Q. 80$^{A:}$ Depois desta criança que tem agora(gravidez), você quer ter outro filho, ou você prefere não ter mais filhos?.

Se ela não estiver grávida, marque um ‘X’ no quadradinho próximo a Q.B e pergunte:

Q. 80B: Você quer ter um (outro) filho ou prefere não ter nenhum(mais) filhos?

Marque o código para a resposta. Se ela quer um (outro) filho, pergunte a Q.81. Se não houver outra resposta, salte para Q.81.

Q. 81: Quanto tempo você quer esperar até que nasça a outra criança?

Coloque o número de meses ou anos, se a mulher responder em um espaço de tempo: 01,02,ou10,11 no quadradinho para meses, se a mulher responder em número de meses, no quadradinho para anos, se ela responder em número de anos.

MÓDULO DE HIV/SIDA

Estas perguntas tentam averiguar os conhecimentos da mulher sobre as formas de reduzir o risco de contrair o vírus do SIDA, e a sua compreensão acerca de algumas concepções erradas acerca da transmissão do HIV, o vírus que causa SIDA. Procure não levar a mulher a pensar que todas as questões acerca das concepções são correctas, diga-lhe que algumas são verdadeiras e outras falsas. Nós queremos saber o que ela pensa qual é que ela pensa que é a resposta certa(correcta). Leia cada questão e marque o código para a resposta dela.

Depois de você terminar de entrevistar a mulher, corrija as concepções erradas que ela tenha indicado acerca da transmissão do HIV,o vírus que causa a SIDA.

As respostas ‘verdadeiras’ são:

Q. 82 : ‘sim’ você pode reduzir o risco de contrair o SIDA tendo um parceiro sexual não infectado e que não tenha outras parceiras.

Q.83: ‘não’ você não pode contrair o vírus da SIDA por dividir a comida com uma pessoa infectada.

Q.84: ‘sim’ você pode reduzir o seu risco de contrair o vírus da SIDA usando correctamente o preservativo sempre que tiver relações sexuais.

Q.85: ‘não’ a SIDA não é transmitida por picadas de mosquitos.

Q.86: ‘sim’ você pode reduzir o risco de ficar infectada com o vírus da SIDA não tendo relações sexuais.

Q. 87: ‘sim’ é possível uma pessoa de aparência saudável ter o vírus da SIDA.

Q. 88: ‘sim’ o HIV/SIDA pode ser transmitido da mãe para o filho

Q. 89: O HIV/SIDA pode ser transmitido da mãe para o filho: Durante a gravidez; durante o parto; Durante a amamentação.

O inquiridor não deve ler as opções ou sugerir respostas. Deve registar as respostas dadas sem influenciar em nada a entrevistada.

Q. 90 a 92: Conhecimentos e atitudes em relação ao HIV/SIDA

Q.93: Questão com possibilidade de múltiplas respostas sobre onde se pode fazer o teste de SIDA.

QUESTIONÁRIO A

PREENCHA A INFORMAÇÃO SOBRE A IDENTIFICAÇÃO INDIVIDUAL NO QUESTIONÁRIO

Antes de começar a fazer as perguntas a entrevistada, registe o questionário, grupo, e o número do agregado familiar no topo do questionário. Este será o questionário A, se a mulher tiver entre 14-49 anos (mulheres elegíveis) e não houver mãe de criança menores de 2 anos de idade.

Questionario.B – se a responsável for a mãe da criança menor de 2 anos, esta é a mesma informação que reportaste no Formulário 1.

PREENCHA O QUESTIONÁRIO A:

Pergunte a mulher se está interessada em responder algumas perguntas acerca de saúde materna e da Criança.

É importante que você tenha o consentimento informado dela através da leitura da saudação antes do início da entrevista.

Deverá limitar o número de perguntas a essas mulheres. É muito importante pôr a mulher à vontade, que isto vai lhe facilitar a responder todas as perguntas.

CARACTERISTICAS DOS ANTECEDENTES DOS ENTREVISTADOS.

P.1 Quantos anos a senhora tem?.

Introduza a idade da mulher em anos completados (*isto é a sua idade do seu último aniversário).*

Se ela não souber a resposta duma destas perguntas, sonde as pistas que podem te indicar a sua idade. Pergunte quantos anos tinha quando-se casou pela 1ª vez , ou quando teve o seu 1º filho. Tente encontrar quanto tempo que ela esteve casada ou teve o seu 1º filho. (você será capaz de sondar a idade do filho mais velho se ainda estiver vivo, e perguntar quantos anos tinha quando nasceu essa criança. Você será capaz de

determinar a sua idade baseando na idade que ela tinha quando ocorreu algum evento importante (*nascimento do 1º filho*) e o número de anos que passaram).

Como último recurso, se não puder obter a idade dela em qualquer dos meios , deverá estimar a sua idade. *Deverá preencher esta informação Não deixe esse espaço em branco.*

P.2 – **EDUCAÇÃO:**

Quantos anos estudou na escola?

O termo "escola" significa escola formal a qual inclui escola Primária, secundaria e pré-universitária assim como qualquer nível escolar do sistema formal de educação. Esta definição da escola não inclui escola bíblica, Corânica nem curtos cursos como: Dactilografia, Costura. Embora inclua treino vocacional acima de nível primário, tal como cursos de longo termo na mecânica, secretariado. Se a mulher disser que nunca frequentou escola, registe 00 em todas outras registe o número dos anos completados.

P.3. pergunte à mulher seu estado civil e registe a sua resposta colocando circulo no código apropriado. Sonde, se ela disser que não é casada, procure saber se ela já esteve casada ou não, ou se ela é viúva, divorciada ou separada do seu marido.

P.4. **CHEFE DA FAMILIA**

Quem chefia esta família?

Esta pergunta dá informações referentes a estrutura do agregado familiar.

MÓDULOS CONTRACEPTIVOS.

CONHECIMENTOS DE METODOS ANTE-CONSEPTIVOS E SEUS RECURSOS

Esta pergunta é feita a todas entrevistadas - mulheres em idade reprodutiva (14-49) independentemente de ser casada ou ter filhos. Tente entrevistar a mulher sozinha ou fora do alcance dos demais membros do agregados familiares, ler a introdução, tendo na mente que estas perguntas poderão ser consideradas embaraçosas. Faça o seu melhor para que a se sinta à vontade e fazer perguntas sem dar entender se está reprovando ou aprovando as suas respostas.

P.75 – leia o nome e a descrição de cada método contraceptivo, e pergunte a ela se alguma vez ouviu falar desse método. Se ela disser sim, continue para P.76 *sabe onde encontrar,* e circular a resposta continue lendo cada item na lista, registando P.75 (ou P.76 para item I através do L), para cada uma que ela reportar que já ouviu falar.

USO CORRENTE DO CONTRACEPTIVO.

P.78 – *Está grávida agora?*

As mulheres que estiverem grávidas não têm necessidade de usar o método anti- conceptivo e não são perguntadas acerca do seu uso corrente. Se a mulher disser que está grávida, salte para P.78

P.79 – *USO CORRENTE DO CONTRACEPTIVO.*

Você está actualmente fazendo alguma coisa ou usando algum método para prevenir a gravidez?

Se a mulher disser "sim" pergunte qual é o principal método que ela usa, coloque o circulo numa só resposta. Se ela disser "não" segue para a pergunta seguinte.

PREFERENCIAS DA FERTILIDADE

Q.81.

MÓDULO DE HIV/SIDA

Estas perguntas estão para certificar os conhecimentos da mulheres sobre os meios para reduzir os riscos de apanhar o vírus de Sida, e sua compreensão de alguns mal entendidos comuns acerca da transmissão do HIV, o vírus que causa Sida. Leia cada pergunta e coloque um circulo no código que corresponde a resposta certa.

Após ter feito as perguntas à mulher, corrija quaisquer concepções erradas que ela tiver indicado acerca da transmissão do HIV, o vírus que causa Sida.

PREENCHER O QUESTIONÁRIO A:

Depois de preencher a data de entrevista, o primeiro nome da mulher e o seu número da linha do formulário 1 na primeira pagina, continue o questionário com as perguntas abaixo descritas.

CARACTERISTICAS DOS ANTECEDENTES DOS ENTREVISTADOS.

P.1. Quantos anos tens?

Introduza os anos da mulher em anos completados (*isto é a idade do seu último aniversário)*

Se ela não souber nenhuma resposta para estas perguntas, sonde pelas pistas que podem indicar a sua idade. Pergunte quantos anos tinha quando se casou pela 1ª vez, ou teve o seu 1º parto. Tente saber há quanto tempo esteve casada ou teve o seu 1º filho. (Você será capaz de saber a idade da filha/o se ainda estiver vivo. Será capaz de relacionar idade dela com a idade duma outra pessoa da família cuja a idade é conhecida. Você será capaz de determinar a idade dela baseando na idade que ela tinha quando ocorreu algum evento importante, e o nº de anos que passaram).

Como último recurso, se não obter a idade dela em qualquer destes meios deverás estimar a sua idade, ***Deve*** preencher esta informação. *Não deixe este espaço em branco.*

P.2 – EDUCAÇÃO:

Quanto tempo você frequentou a escola?

O termo "escola" significa escola formal, que inclui nível Primário, secundário e pré-universitário, assim como qualquer outro tipo de escolaridade no sistema formal de educação. Esta definição de escola não inclui bíblica, coranica nem curtos cursos como: Dactilografia e costura. Contudo inclui treino técnicos ou vocacionais acima de nível primário tal como cursos de longo termo como: mecânica, secretariado... se a mãe disser que nunca estudou registe 00. em todas outras questões registe o numero dos anos completados.

Q.3- perguntar a mulher o seu estado civil e registar a resposta no código apropriado. Sonde se ela disser que não está casada, pesquise se ela alguma vez esteve casada, ou se ela é viúva, divorciada ou separou-se do seu marido.

Q.4 – *CHEFE DA FAMILIA*

Quem é o chefe desta família?

Esta pergunta dá informação da estrutura do agregado familiar.

MÓDULO DE CONTRACEPÇÃO

CONHECIMENTOS DOS MÉTODOS ANTI-CONCEPTIVOS E RECURSOS.

Estas perguntas são feitas a mãe e se não houver mãe de crianças no agregado familiar, mulher em idade reprodutiva (14-49 anos). Tente entrevistar a mulher sozinha ou longe do alcance dos outros membros da família. Leia a introdução, recordando que estas perguntas podem ser consideradas embaraçosas. Faça o máximo possível para ela se sentir a vontade mas faça perguntas sem dar a entender se aprovas ou reprovas as suas respostas.

Q.74. ler o nome e a descrição de cada método anti-conceptivo, perguntar se ela já ouviu falar desse método, se ela disser que sim, vai na pergunta 75 . você sabe onde encontrar e circule a sua resposta. Continue lendo cada item na lista, registando pergunta 75 (ou p.76 para item I através do L), para cada método que ela disser que já ouviu.

USO CORRENTE DE CONTRACEPTIVOS.

P.77 – Está grávida?

Mulheres grávidas não precisam de usar métodos anti- conceptivos e não são perguntado acerca do seu uso corrente. Se a mulher disser que está gravida, salte para pergunta 79.

P.78 *USO CORRENTE DE ANTI- CONCEPTIVOS*

Estás actualmente fazendo alguma coisa ou usando algum método para prevenir a gravidez?

Se a mulher disser que "sim" pergunte que tipo de método esta usando, circule uma resposta apenas. Se ela disser "não" coloque circulo no 1 para "nenhum método" e continue para pergunta 79.

PREFERENCIAS DA FERTILIDADE.

Antes de perguntar. Verifique P.77 – se a mulher está actualmente gravida, marque X no quadradinho próximo de Q.A e pergunte :

Q. 79[A]: *Depois da criança que carregaste (tens na barriga) gostarias de ter outra, ou preferes não ter mais filhos?*

Se ela não estiver actualmente gravida, marque X no quadradinho próximo do Q.B e pergunte:

Q.79B: *Você gostaria de ter uma (outra) criança ou prefere não ter nenhuma (outra) criança mais.*

Coloque um circulo no código da sua resposta. Se ela quiser ter (*outra*) criança, pergunte Q.80. se nenhum outro argumento salte para Q.81.

Q.80 *Quanto tempo você quer esperar até o próximo nascimento (uma outra) Criança.*

Introduza o nº de meses ou anos, se a mulher responder com a duração do tempo 01,02,ou 10,11 no quadradinho para meses, se a mulher responder com o numero de meses, ou no quadradinho de anos se ela

responder com número de anos.

MÓDULO DE HIV/SIDA

Estas perguntas tentam averiguar os conhecimentos da mulher sobre as formas de reduzir o risco de contrair o vírus do SIDA, e a sua compreensão acerca de algumas concepções erradas acerca da transmissão do HIV, o vírus que causa SIDA. Procure não levar a mulher a pensar que todas as questões acerca das concepções são correctas, diga-lhe que algumas são verdadeiras e outras falsas. Nós queremos saber o que ela pensa qual é que ela pensa que é a resposta certa(correcta). Leia cada questão e marque o código para a resposta dela.

Depois de você terminar de entrevistar a mulher, corrija as concepções erradas que ela tenha indicado acerca da transmissão do HIV,o vírus que causa a SIDA.

As respostas 'verdadeiras' são:

Q. 82 : 'sim' você pode reduzir o risco de contrair o SIDA tendo um parceiro sexual não infectado e que não tenha outras parceiras.

Q.83: 'não' você não pode contrair o vírus da SIDA por dividir a comida com uma pessoa infectada.

Q.84: 'sim' você pode reduzir o seu risco de contrair o vírus da SIDA usando correctamente o preservativo sempre que tiver relações sexuais.

Q.85: 'não' a SIDA não é transmitida por picadas de mosquitos.

Q.86: 'sim' você pode reduzir o risco de ficar infectada com o vírus da SIDA não tendo relações sexuais.

Q. 87: 'sim' é possível uma pessoa de aparência saudável ter o vírus da SIDA.

Q. 88: 'sim' o HIV/SIDA pode ser transmitido da mãe para o filho

Q. 89: O HIV/SIDA pode ser transmitido da mãe para o filho: Durante a gravidez; durante o parto; Durante a amamentação.

O inquiridor não deve ler as opções ou sugerir respostas. Deve registar as respostas dadas sem influenciar em nada a entrevistada.

Q. 90 a 92: Conhecimentos e atitudes em relação ao HIV/SIDA

Q.93: Questão com possibilidade de múltiplas respostas sobre onde se pode fazer o teste de SIDA.

ANNEX TWO

Summary Indicators

Indicator	Baseline 2001	Endline 2004
Women reporting two tetanus Toxoid immunizations during last pregnancy		66.5
Knowledge of danger signs during pregnancy		60.3
Percent of mothers who report having prepared at least two elements of birth plan		36.4
Percent of mothers who had at least one prenatal consultation with a skilled health professional (e.g. at a health facility) prior to the birth of the index child.		83.8
Percent of children aged 0-23 months whose delivery was attended by a skilled health professional		56.4
Percent of children aged 0-23 months whose delivery took placed at a health facility		54.4
Percent of mothers who report at least one postpartum check-up		25.9
Percent of infants aged 0-3 months who were fed breast milk only in the last 24 hours, and no other food given (vitamins, medicine, and mineral supplements are only permissible additions to breast milk)		37.1
Percent of infants aged 0-5 months who were fed breast milk only in the last 24 hours, and no other food given (Answer 'A' is only permissible addition)		29.7
Percent of children aged 6-23 months who received a vitamin A dose in the last six months		50.2
Percent of children aged 0-23 months with diarrhea in the last two weeks who received ORS and/or RHF		57.3
Proportion of mothers who know at least two of the following signs for seeking care immediately: child not able to drink or breastfeed, child becomes sicker, child develops a fever, child has fast breathing, child has difficult breathing, child has blood in the stools, child is drinking poorly		67.9
Percentage of children whose mothers report the child slept under bed net in the house the previous night		24
Percentage of children aged 0-23 months who slept the previous night under a bed net that had been insecticide-treated		15.9
Proportion of children aged 12-23 months immunized against diphtheria, pertussis and tetanus (DPT) before 12 months of age		56.3
Percent of children aged 12-23 months who received BCG, DPT3, OPV3, and measles vaccines before the first birthday		40.4

SUMMARY TABLES

Provinces	Prenatal Care - at least 1 visit		Prenatal Care - 2 or more visits		At least 2 TT immunizations		Postpartum visit		Infants checked after birth		Knowledge of danger signs during pregnancy		Birth preparedness	
	Baseline	Endline	Baseline 2001	Endline 2004	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline
Gaza	95.0	93.7	82.8	80.3	80.0	77.5	30.7	28.6	22.6	22.4	45.8	67.8	34.0	51.3
Manica	82.1	90.7	74.0	86.0	62.0	72.5	1.0	22.3	23.1	20.7	36.7	39.1	32.7	30.6
Nampula	73.3	75.4	58.7	62.9	53.2	58.8	7.5	28.1	6.0	23.1	57.7	62.0	16.4	39.9
Niassa	75.2	74.1	68.6	66.7	58.9	63.1	38.7	19.3	33.1	16.5	42.5	65.4	15.3	28.3
Sofala	85.2	88.0	79.1	81.5	55.1	62.6	20.1	31.8	19.5	30.8	50.7	56.1	37.1	20.6
Zambezia	57.9	80.6	50.4	74.4	46.5	64.6	10.3	25.2	8.7	23.6	40.6	71.6	22.7	48.0
Weighted total	**75.7**	**83.8**	**65.7**	**75.3**	**55.8**	**66.5**	**16.6**	**25.9**	**13.5**	**22.8**	**46.5**	**60.3**	**24.9**	**36.4**

Provinces	Use of maternity waiting home		Delivery by skilled provider		Delivery at health facility		Immediate breastfeeding		Exclusive breastfeeding (0-3 months)		Exclusive breastfeeding (0-5 months)		Timely complimentary foods	
	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline
Gaza	28.7	18.0	73.3	70.8	66.7	72.1	26.3	30.0	70.7	40.4	60.7	31.9	50.3	69.6
Manica	12.5	9.9	62.7	78.9	60.2	73.4	55.4	56.0	34.1	25.5	28.1	23.5	73	81.4
Nampula	2.2	5.5	23.8	41.9	26	37.2	52.6	50.5	14.7	24.3	12.1	21.0	74.4	57.5
Niassa	7.7	4.4	36.2	43.6	33.9	41.1	68.1	65.7	20.4	44.8	14.4	32.2	76.8	65.4
Sofala	10.9	4.0	59.1	62.1	58.4	62.3	55.1	56.0	36.8	44.5	29.9	36.6	68.5	78.6
Zambezia	10.3	5.6	31.7	41.4	28.2	40.1	47	64.5	30	43.2	24.8	33.2	54.3	80.8
Weighted total	**12.2**	**7.9**	**44.2**	**56.4**	**41.8**	**54.4**	**50.6**	**53.8**	**33.2**	**37.1**	**27.6**	**29.7**	**69.5**	**72.2**

Provinces	Knowledgeof Vit A-rich foods		Consumption of VitA-rich foods		Coverage VitA supplementation		Increased fluids and continued eating		Appropriate care-seeking for ALRI		Knows at least 2 signs for seeking care immediately		Appropriate tt at health facility	
	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline

Gaza	20.6	14.8	61.8	56.9	46.8	67.3	6.1	4.97	43.1	68.1	46.7	69.4	36.7	Not calculated for the Endline
Manica	17.2	26.7	58.3	69.3	25.9	58.9	11.5	10.03	33.8	23.1	53.4	46.8	28	
Nampula	14.5	39.5	57.9	68.0	36.2	45.1	7.0	12.43	19	35.2	74.9	76.9	18	
Niassa	9.6	26.0	76.7	79.1	66.9	43.6	9.1	5.40	32.5	27.5	59.6	73.2	31.1	
Sofala	26.4	21.4	73.2	62.7	29.1	45.9	10.2	21.48	42.6	6.6	84.5	61.7	22	
Zambezia	20.1	61.5	50.8	76.0	23.3	40.4	7.7	27.86	28.6	37.4	62.6	79.3	21.5	
Weighted total	**18.1**	**31.7**	**60.1**	**68.7**	**40.2**	**50.2**	**8.6**	**13.7**	**44.7**	**33.0**	**62.8**	**67.9**	**27.8**	

Provinces	Child bed net use		Child use of insecticide-treated bed net		Appropriate tt for fever at home or in HF		DPT1		DPT3		Measles		Fully vaccinated	
	Baseline 2001	Endline 2004	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline	Baseline	Endline
Gaza	25.5	27.7	16	21.0	44.4	Not calculated for the endline	81.5	85.2	77	81.0	64.4	76.4	45.4	67.2
Manica	10.5	14.8	3.8	8.9	29.9		48.6	50.9	40.6	47.0	36	60.4	23.0	42.0
Nampula	5.3	11.3	0.5	4.0	20.6		62.2	66.9	44.8	42.7	41.6	39.1	17.7	24.2
Niassa	6.2	24.1	2.4	14.1	39.4		63.9	57.1	47.8	42.6	48.1	41.6	21.8	26.7
Sofala	9	27.4	3.7	14.9	75.7		63.9	76.8	54.5	72.1	55.1	65.0	36.0	50.2
Zambezia	6	38.8	2.2	32.4	25.7		37.1	60.7	24.7	53.5	25.9	58.0	9.5	32.0
Weighted total	**10.6**	**24.0**	**5**	**15.9**	**28.8**		**58.4**	**66.3**	**46.9**	**56.5**	**43.3**	**56.7**	**25.6**	**40.4**