Angola

Inquérito de Indicadores de Malária

2011

Inquérito de Indicadores de Malária em Angola
2011

ICF International
Calverton, Maryland, USA

Dezembro 2011

República de Angola
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública
Programa Nacional de
Controlo da Malária

Este relatório apresenta os resultados do Inquérito de Indicadores de Malária em Angola de 2011 (IIMA 2011), realizado por Cosep Consultoria, Consaúde Lda., e o Programa Nacional de Controle da Malária, com a assistência técnica de ICF Macro. O trabalho de campo de inquérito teve lugar de Janeiro a Maio de 2011. O Inquérito IIMA faz parte dum programa internacional dos inquéritos *Demographic and Health Surveys* (DHS) e *Malaria Indicator Surveys* (MIS), desenvolvidos pela ICF Macro, através de contratos com a USAID - Washington, com o propósito de apoiar aos governos e instituições privadas dos países em desenvolvimento na realização de inquéritos nacionais por amostragem, nas áreas de população e saúde. Estes inquéritos têm por objectivos:

- Subsidiar a formulação de políticas e implementação de programas nas áreas de população e saúde;
- Aumentar a base internacional de dados sobre população e saúde para acompanhamento e avaliação;
- Aprimorar metodologia de inquérito por amostragem; e
- Consolidar, na área de inquérito, a capacidade técnica da instituição executora no país participante do Programa.

O Programa DHS teve início em 1984 e, desde então, já foram realizados inquéritos em mais de 70 países da América Latina, Caribe, África, Ásia e Leste Europeu.

Informações adicionais sobre o inquérito IIMA 2011 podem ser obtidas do Dr. André Nlando Mia Veta, Cosep Consultoria, CP 5169, Rua Custodio Bento de Azevedo Nº 71/73, Bairro Valódia, Luanda, Angola.

Informações adicionais sobre o programa de inquéritos MEASURE DHS podem ser obtidas de ICF Macro, 11785 Beltsville Dr., Suite 300, Calverton, MD 20705, USA. Telefone: 301-572-0200, Fax: 301-572-0999 E-mail: reports@measuredhs.com; Internet: http://www.measuredhs.com.

Citação recomendada:

Cosep Consultoria, Consaúde e ICF Macro. 2011. *Inquérito de Indicadores de Malária em Angola de 2011*. Calverton, Maryland: Cosep Consultoria, Consaúde e ICF Macro e ICF Macro.

CONTEÚDOS

Página

QUADROS E GRÁFICOS vii
PREFÁCIO ix
RECONHECIMENTOS xi
ACRÓNIMOS xiii
SUMÁRIO EXECUTIVO xv

CAPITULO 1 INTRODUÇÃO

1.1 GEOGRAFIA, HISTÓRIA E POPULAÇÃO 1
1.1.1 Geografia 1
1.1.2 População 2

1.2 MALÁRIA EM ANGOLA 2
1.3 MORBILIDADE E MORTALIDADE POR MALÁRIA 4
1.4 OBJECTIVOS E METAS DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA EM ANGOLA 4
1.5 OBJECTIVOS DO INQUÉRITO DE INDICADORES DA MALÁRIA 5
1.6 METODOLOGIA DO INQUÉRITO 5
1.6.1 Organização do inquérito 6
1.6.2 Desenho da amostra 6
1.6.3 Questionários 6
1.6.4 Recolha dos biomarcadores 7

1.7 ACTIVIDADES DO INQUÉRITO 8
1.7.1 Pré-teste 8
1.7.2 Trabalho de campo 8
1.7.3 Registo e gestão de dados 8
1.7.4 Taxas de resposta 8

CAPITULO 2 CARACTERÍSTICAS DOS AGREGADOS FAMILIARES E DAS MULHERES INQUIRIDAS

2.1 POPULAÇÃO DOS AGREGADOS FAMILIARES POR IDADE E SEXO 9
2.2 CARACTERÍSTICAS DAS HABITAÇÕES 10
2.3 BENS DOS AGREGADOS FAMILIARES 11
2.4 CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES DE 15 A 49 ANOS 12
2.5 NÍVEL DE ESCOLARIDADE 13

CAPITULO 3 FECUNDIDADE

3.1 FECUNDIDADE ACTUAL 15
3.2 TENDÊNCIAS DA FECUNDIDADE 17
3.3 DIFERENCIAIS DE FECUNDIDADE 17

CAPITULO 4 MALÁRIA

4.1 PULVERIZAÇÃO INTRA-DOMICILIÁRIA COM INSECTICIDA DE EFEITO RESIDUAL (PID) 19
4.2 POSSE DE REDES MOSQUITEIRAS 22
4.3 USO DE REDES MOSQUITEIRAS 23
4.3.1 Crianças menores de cinco anos 24
4.3.2 Mulheres grávidas 25

4.4 USO DE MEDICAMENTOS ANTIMALÁRICOS DURANTE A GRAVIDEZ 27
4.5 PREVALÊNCIA E TRATAMENTO PONTUAL DE FEBRE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS 29
4.6 PREVALÊNCIA DA MALÁRIA E DA ANEMIA NAS CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS 31

CAPITULO 5 EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE MALÁRIA NOS ÚLTIMOS QUATRO ANOS

5.1 PULVERIZAÇÃO INTRA-DOMICILIÁRIA COM INSECTICIDA DE EFEITO RESIDUAL 33
5.2 POSE DE REDES MOSQUITEIRAS TRATADAS COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO 33
5.3 USO DE REDES MOSQUITEIRAS PELAS CRIANÇAS 34
5.4 USO DE REDES MOSQUITEIRAS PELAS MULHERES GRÁVIDAS 35
5.5 USO DE MEDICAMENTOS ANTIMALÁRICOS DURANTE A GRAVIDEZ 35
5.6 TRATAMENTO PONTUAL DE FEBRE 36
5.7 PREVALÊNCIA DE MALÁRIA NAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS 37

CAPITULO 6 MORTALIDADE INFANTO-JUVENIL

6.1 INTRODUÇÃO 39
6.2 METODOLOGIA 39
6.3 QUALIDADE DOS DADOS 39
6.4 NÍVEIS E TENDÊNCIAS DA MORTALIDADE 40
6.5 DIFERENCIAIS DA MORTALIDADE 41

REFERÊNCIAS 43

APÊNDICE A DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DA AMOSTRA 45

A.1 INTRODUÇÃO 45
A.2 OBJECTIVOS DO DESENHO DE AMOSTRA 45
A.3 BASE DE AMOSTRAGEM 46
A.4 ESTRATIFICAÇÃO 46
A.5 TAMANHO DE AMOSTRA 46
A.6 TAMANHOS DE AMOSTRA CORRESPONDENTES PARA DIFERENTES NÍVEIS DE PREVALÊNCIA E PRECISÃO 46
A.7 DECISÕES SOBRE O TAMANHO DE AMOSTRA 47
A.8 OUTRAS CONSIDERAÇÕES 47
A.9 O INQUÉRITO IMMA 2011 47

A.10 REPARTIÇÃO DA AMOSTRA....48
A.11 SELECÇÃO DA AMOSTRA....49

APÊNDICE B ESTIMATIVA DE ERROS DE AMOSTRAGEM....53

APÊNDICE C TABELA DA QUALIDADE DOS DADOS....63

APÊNDICE D ESBOÇO....67

APÊNDICE E QUESTIONÁRIOS....71

QUADROS E GRÁFICOS

Página

CAPITULO 1 INTRODUÇÃO

Tabela 1.1 Taxas de resposta 8

CAPITULO 2 CARACTERÍSTICAS DOS AGREGADOS FAMILIARES E DAS MULHERES INQUIRIDAS

Tabela 2.1 População dos agregados familiares 9
Tabela 2.2 Características das habitações 11
Tabela 2.3 Bens duradouros 12
Tabela 2.4 Características das mulheres de 15 a 49 12
Tabela 2.5 Nível de escolaridade alcançado pelas mulheres 13

Gráfico 2.1 Pirâmide da população 10

CAPITULO 3 FECUNDIDADE

Tabela 3.1 Fecundidade actual 15
Tabela 3.2 Tendência da fecundidade 17
Tabela 3.3 Fecundidade por características seleccionadas 18

Gráfico 3.1 Taxa de fecundidade por idade, segundo residência 16
Gráfico 3.2 Índices sintécos de fecundidade recentes na África ocidental 16

CAPITULO 4 MALÁRIA

Tabela 4.1 Pulverização intra-domiciliaria com insecticida de efeito residual (PID) 20
Tabela 4.2 Procedência da pulverização intra-domiciliaria 21
Tabela 4.3 Posse de mosquiteiros no agregado familiar 23
Tabela 4.4 Uso de mosquiteiro por crianças 25
Tabela 4.5 Uso de mosquiteiros por mulheres grávidas 27
Tabela 4.6 Uso profiláctico de medicamento antimalárico e uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) durante a gravidez 28
Tabela 4.7 Prevalência, diagnóstico e tratamento pontual de crianças com febre 30
Tabela 4.8 Tipo de antimalárico e tempo de medicação para as crianças com febres 31
Tabela 4.9 Prevalência de malária e de anemia nas crianças 32

Gráfico 4.1 Percentagem de agregados familiares cujas habitações foram pulverizadas ou que tem pelo menos um MTI 21
Gráfico 4.2 Percentagem de mulheres inquiridas que não sabem que a málaria 24

CAPITULO 5 EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE MALÁRIA NOS ÚLTIMOS QUATRO ANOS

Tabela 5.1 Pulverização intra-domiciliaria com insecticida de efeito residual (PID 33
Tabela 5.2 Pose de mosquiteiro tratado com insecticida no agregado familiar 34

Tabela 5.3 Uso de mosquiteiro por crianças 34
Tabela 5.4 Uso de mosquiteiro pelas mulheres grávidas 35
Tabela 5.5 Uso profiláctico de medicamento antimalárico e uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) durante a gravidez 36
Tabela 5.6 Tratamento pontual de crianças com febre 37
Tabela 5.7 Prevalência de malária e anemia nas crianças 38

CAPITULO 6 MORTALIDADE INFANTO-JUVENIL

Tabela 6.1 Mortalidade infantil 40
Tabela 6.2 Mortalidade infantil por características socioeconómicas 41
Tabela 6.3 Mortalidade infantil por características demográficas 42

APÊNDICE A DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DA AMOSTRA

Tabela A.1 Tamanho da amostra calculado a partir de fórmulas RE = 100 * erro Deff * sqrt {(1-p) / (np)} pelo valor de prevalência p (em%) e relativa com Deff = 2 46
Tabela A.2. Distribuição dos conglomerados seleccionados por região endémica de malária 48
Tabela A.3 Distribuição dos Conglomerados por Província 49
Tabela A.4 Implementação da amostra 51

APÊNDICE B ESTIMATIVA DE ERROS DE AMOSTRAGEM

Tabela B.1 Variáveis seleccionadas para o cálculo dos erros de amostragem 55
Tabela B.2 Estimativas de erros de amostragem para toda a amostra 56
Tabela B.3 Estimativas de erros de amostragem para a Região Hiperendémica 57
Tabela B.4 Estimativas de erros de amostragem para a Região Mesoendémica Estável 58
Tabela B.5 Estimativas de erros de amostragem para a Região Mesoendémica Instável 59
Tabela B.6 Estimativas de erros de amostragem para a Província de Luanda 60
Tabela B.7 Estimativas de erros de amostragem para a área urbana 61
Tabela B.8 Estimativas de erros de amostragem para a área rural 62

APÊNDICE C TABELA DA QUALIDADE DOS DADOS

Tabela C.1 Distribuição por idade da população dos agregados familiares 63
Tabela C.2 Distribuição por idade das mulheres elegíveis e entrevistadas 64
Tabela C.3 Integridade da informação 64
Tabela C.4 Nascimentos nos anos precedentes ao inquérito 64
Tabela C.5 Idade ao morrer declarada em dias 65
Tabela C.6 Idade ao morrer declarada em meses 66

PREFÁCIO

É com grande satisfação que o Ministério da Saúde apresenta o relatório do segundo Inquérito de Indicadores da Malária de Angola (IIMA 2011) depois do primeiro IIMA realizado em 2006/2007. Este inquérito, representativo a nível nacional, foi realizado para determinar a prevalência da malária e para averiguar os comportamentos relacionados com a endemia, tais como, o uso de redes mosquiteiras, tratamento pontual das crianças com febre e tratamento preventivo intermitente nas mulheres grávidas.

De salientar que foi um trabalho complexo, difícil, desafiador, particularmente no contexto e conjuntura de Angola, mas confortante no final, pela sua abrangência e impacto social.

No quadro do Plano Estratégico Nacional para o Controlo da Malária em Angola, o Programa Nacional para o Controlo da Malária (PNCM) implementou intervenções de vulto em todo país durante os últimos anos, a fim de reduzir a prevalência da malária em Angola.

Um dos instrumentos fundamentais para aperfeiçoar a gestão dos esforços na luta contra a malária é de produzir indicadores válidos e confiáveis, sendo este pensamento que orientou a concretização deste segundo IIMA aqui reportado.

Graças a este inquérito, constataram-se melhorias significativas em todos os indicadores básicos da malária, resultando numa queda da prevalência da malária nas crianças de 20% a 13% e uma queda da proporção de crianças com anemia grave de 3,6% a 2,6%. Paralelamente, os dados mostram que as taxas de mortalidade infanto-juvenil baixaram de 118 por mil a 91 no último quinquénio.

O inquérito foi realizado em parceria com a COSEP e CONSAÚDE com a supervisão do PNCM e assistência técnica de ICF Macro. Através da Iniciativa Presidencial Contra a Malária (PMI) e da Agencia para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID), o Governo dos Estados Unidos prestou o apoio financeiro necessário para a concretização do projecto.

Uma grande parte do sucesso do inquérito IIMA é devido à colaboração e disponibilidade da população angolana. O nível de aceitação em responder às perguntas dos questionários e em permitir a recolha de amostras de sangue das crianças para testagem no campo e no laboratório satisfez as expectativas iniciais. Isto garantiu que os resultados apresentados neste relatório reflictam efectivamente a situação geral do país em relação a doença.

Foi estimulante supervisionar este trabalho, do qual resultou o presente documento, que espelha a redução sustentada da malária em Angola e naturalmente, acaba por reflectir a profundidade da pesquisa realizada e a qualidade da informação recolhida.

Os meus agradecimentos são extensivos às diversas instituições que contribuíram para a realização deste inquérito, incluindo o Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Pública, COSEP e CONSAÚDE pelas diligências durante as fases de preparação e de execução do trabalho.

Agradeço igualmente o ICF MACRO e aos conselheiros do PMI pelo apoio técnico ao inquérito e, de um modo especial, o Governo dos Estados Unidos pelo apoio financeiro.

Resta apelar para o desdobramento dos esforços conjuntos para se continuar o combate contra a malária e a melhorar cada vez mais o empenho dos indivíduos, das famílias, das comunidades e das autoridades para uma Angola livre deste flagelo.

Dr. José Vieira Dias Van-Dúnem
Ministro

RECONHECIMENTOS

A COSEP Consultoria e a Consaúde, Lda. manifestam o seu reconhecimento às organizações e pessoas que deram a sua prestimosa contribuição para a conclusão do Inquérito IIMA 2011 com êxito.

Este não seria possível sem o empenho, seriedade e dedicação dos inquiridores, técnicos de laboratório, supervisores de campo e de laboratório, motoristas e cartógrafos que integraram as equipas de campo, bem como sem todo o apoio logístico prestado sempre que possível pelas instituições e administrações locais principalmente nas zonas remotas e perigosas e durante os períodos de chuva.

Os nossos agradecimentos vão para o Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) pelo seu contributo em realçar as necessidades do inquérito e pela doação de Coartem® para o tratamento das pessoas afectadas; o Laboratório Nacional de Angola, pelo seu envolvimento na formação e análise microscópica de amostras de sangue e o Instituto Nacional de Estatística pela colaboração no período de elaboração da base cartográfica.

Agradecemos particularmente à Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos (USAID) e à Iniciativa Presidencial dos EUA contra a Malária (PMI) pelo seu apoio financeiro e técnico, ao Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) pelas suas contribuições na concepção do inquérito e à Macro Internacional pelo seu inestimável apoio técnico prestado durante todo período da realização do inquérito.

Igualmente, agradecemos a disponibilidade dos agregados familiares inquiridos, cujas respostas formam a base de dados disponibilizada e que serve de objecto de análise deste relatório.

Em particular, gostaríamos de destacar a inestimável colaboração do Professor Doutor Filomeno Fortes que fez a revisão de capítulos deste relatório.

Cosep Consultoria **Consaúde, lda**

ACRÓNIMOS

ACT	Terapia combinada com base de Artemisinina
CDC	Centers for Desease Control and Prevention
CONSAÙDE	Consultoria de Gestão e Administração em Saúde
COSEP	Consultoria de Estudos, Estatística, Serviços e Pesquisa
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional da Inglaterra
FG	Fundo Global
IIMA	Inquérito de Indicadores de Malária em Angola
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública
ISF	Índice Sintético de Fecundidade
JICA	Agência de Cooperação Internacional do Japão
MINSA	Ministério da Saúde
MTI	Mosquiteiro Tratado com Insecticida
MTILD	Mosquiteiro Tratado com Insecticida de Longa Duração
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPV	Organizações Privadas Voluntarias
PID	Pulverização Intra-Domiciliária
PMI	Iniciativa Presidencial contra a Malária
PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
RBM	Roll Back Malaria/Fazer Recuar o Paludismo
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SP	Sulfadoxina Pirimetamina
TBN	Taxas Brutas de Natalidade
TFI	Taxas de Fecundidade por Idade
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo (com Sulfadoxina Pirimetamina)
TRD	Teste Rápido de Diagnóstico
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos

SUMÁRIO EXECUTIVO

A malária é um problema dominante da saúde pública em Angola e ainda é a primeira causa de morte, de doença e de absentismo laboral e escolar. Esta representa cerca de 35% da demanda de cuidados curativos, 20% de internamentos hospitalares, 40% das mortes perinatais e 25% de mortalidade materna. Aproximadamente 3,7 milhões de casos de casos de morbilidade por malária foram estimados em 2010. O Inquérito de Indicadores de Malária em Angola de 2011 (IIMA 2011) é o segundo inquérito do seu género no país, no âmbito da 3ra fase do projecto Measure DHS. Os objectivos do IIMA foram a avaliação dos comportamentos relativos à prevenção e tratamento da malária, e a estimação da prevalência da malária entre as crianças menores de cinco anos. Ademais, foram incluídas perguntas que possibilitaram o cálculo das taxas de fecundidade e de mortalidade infantil.

O trabalho de campo do IIMA 2011 foi realizado entre Janeiro e Maio de 2011 no meio de chuvas torrenciais e cheias que caracterizam a período de alta transmissão da malária. O inquérito recolheu dados de 8.030 agregados familiares e 8.589 mulheres de 15 a 49 anos de idade. A amostragem foi concebida para representar o nível nacional, as populações urbanas e rurais, e quatro regiões epidemiológicas reconhecidas da malária: Hiperendémica, Mesoendémica Estável e Mesoendémica Instável e a Província de Luanda.

POPULAÇÃO E COMPOSIÇÃO DOS AGREGADOS

A população angolana é muito jovem. Quase a metade da população (48 %) situa-se abaixo dos 15 anos de idade e apenas 2%estão acima dos 65 anos, o qual é característico de um padrão demográfico de alta fecundidade e alta mortalidade. Três quartos dos agregados são chefiados por homens, e uma quarta parte são chefiados por mulheres.

CARACTERÍSTICAS DOS AGREGADOS FAMILIARES

Quase a metade dos agregados (48%) obtém água potável a partir de uma fonte melhorada. Os agregados em zonas urbanas têm maior acesso a fontes de água melhoradas do que os em zonas rurais (74% comparado com 33%). Nas áreas urbanas 87% dos agregados têm instalações sanitárias melhoradas, comparado com apenas 15% nas áreas rurais. Por outro lado, 62% dos agregados em áreas rurais não têm nenhuma instalação sanitária, contra 4% dos agregados urbanos

A condição socioeconómica de um agregado familiar é reflectida pelos bens possuídos, e estes são utilizados para criar um índice de riqueza como indicador da condição socioeconómica do agregado familiar. Oitenta e seis % dos agregados urbanos e 47% dos agregados rurais possuem um aparelho de rádio. Encontra-se mais televisores nos agregados localizados em zonas urbanas que zonas rurais, 89% e 16% respectivamente. Mais da metade dos agregados tem pelo menos um membro com telemóvel, 91% no meio urbano e 28% no meio rural. A proporção que possui uma geleira é de 52% em agregados urbanos e de 2% em agregados rurais.

NÍVEL DE ESCOLARIZAÇÃO DAS MULHERES

Entre as mulheres de 15 a 49 anos, 24% não tem formação, 57% alcançaram o nível primário e 19% alcançaram ou superaram o nível secundário. Entretanto, existem diferenças maiores entre as zonas rurais e as urbanas: 40 % das mulheres urbanas alcançaram o nível secundário ou superior, enquanto que apenas 2% das mulheres rurais alcançaram o mesmo nível. As mulheres sem formação representam 5% das urbanas e 49% das mulheres rurais.

FECUNDIDADE

O nível da fecundidade de Angola encontra-se entre os mais alto de África. O índice sintético de fecundidade (ISF) é de 6,3 para o total do país, de 4,6 em área urbana e de 7,7 em área rural. A fecundidade entre as mulheres sem formação é muito mais alta, com um ISF de 8,0 comparado com um ISF de 6,6 entre as que alcançaram o nível primário e 3,3 nas mulheres com nível de secundário ou superior.

PREVENÇÃO DA MALÁRIA

Apenas 7 % dos agregados foram fumigados com insecticida de acção residual. Menos de 1% dos agregados no quintil de riqueza mais baixo foram e 12% dos agregados no quintil mais alto foram fumigados. Quase 40% dos agregados tem um mosquiteiro tratado com insecticida (MTI) ou foram pulverizados nos 12 meses precedentes ao inquérito, 15% dos agregados mais pobres e 50% dos agregados no quintil de riqueza mais alto. Quase a totalidade da pulverização é feita por trabalhadores de saúde do estado.

Quanto ao uso de MTI, 26 % das crianças menores de 5 anos e 26 % das mulheres grávidas dormiram debaixo dum MTI a noite precedente ao inquérito. As percentagens de uso são mais ou menos iguais nas quatro regiões do país.

Embora 36% das mulheres tomaram algum medicamento para a prevenção da malária durante a última gravidez, somente 18% receberam pelo menos 2 doses de SP/Fansidar e pelo menos uma dose durante uma visita de cuidados pré-natais, como é recomendado para tratamento intermitente preventivo (TIP). Esta percentagem representa um melhoramento significativo porque apenas 2% das grávidas receberam este tipo tratamento preventivo em 2006/07.

TRATAMENTO DA FEBRE

Trinta e quatro por cento das crianças menores de cinco anos tiveram febre durante as duas semanas precedentes ao inquérito, entre as quais 28 % foram administradas medicamentos antimaláricos e 16% receberam antimaláricos no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre. Em Luanda, 26% das crianças com febres foram tratadas pontualmente com medicamentos antimaláricos, comparado com 8% na região hiperendémica e 9% na região mesoendémica instável. A grande maioria das crianças que receberam medicamentos antimaláricos foi administrada terapia combinada com base de Artemisinina (ACT).

PREVALÊNCIA DE MALÁRIA

Ao nível nacional, apurou-se que 10% das crianças testadas apresentaram resultados positivos para malária, baseado na leitura de lâminas de gota espessa. A prevalência tende a aumentar com a idade da criança, de 8% nas crianças dos 6 aos 23 meses a 11% nas crianças dos 36 aos 59 meses. A prevalência da malária é muito maior nas zonas rurais (14 %) do que nas zonas urbanas (1%) e também muito maior na região Hiperendémica (16%) que em Luanda (2%). A prevalência é de 15% e 20% nos dois quintiles de riqueza mais baixos, comparado com 5% e 3% nos dois quintiles mais altos. Comparando a prevalência deparada no inquérito IIMA 2011 com à prevalência no inquérito anterior confirma-se que a percentagem de crianças testadas positivas desceu 40% entre 2006/07 e 2011.

MORTALIDADE INFANTIL E INFANTO-JUVENIL

As taxas de mortalidade infantil (1Q0) e infanto-juvenil (5Q0) são de 50 ‰ e 91‰, respectivamente. Estas taxas foram estimadas a partir da história de nascimentos e óbitos durante o quinquénio precedente ao inquérito. A mortalidade infantil baixou de 67‰ no período 2001-2006 para 50‰ no período 2006-2011. Entre estes períodos a mortalidade infanto-juvenil diminuiu respectivamente de 118‰ a 91‰.

INTRODUÇÃO 1

1.1 GEOGRAFIA, HISTÓRIA E POPULAÇÃO

1.1.1 Geografia

A República de Angola é o sexto País Africano de maior dimensão, com uma área de cerca de 1.246.700 km2, uma costa de 1.650 km e uma fronteira terrestre de 4.837 km. O território da República de Angola fica situado na costa ocidental da África Austral, a Sul do Equador, entre os paralelos 4º 22´e 18º 02´, sendo limitado a Norte, pela República do Congo Brazaville e República Democrática do Congo, a Leste pela Zâmbia, a Sul pela Namíbia e a Oeste pelo Oceano Atlântico, abrangendo ainda a Província de Cabinda, situado a Norte, entre o Congo-Brazaville e a República Democrática do Congo. A capital é a cidade de Luanda. O nome Angola deriva da palavra bantu N'gola, título dos governantes da região no século XVI, época em que começou a colonização da região por Portugal.

O País está dividido entre uma faixa costeira árida, que se estende desde a Namíbia até Luanda, um planalto interior húmido, uma savana seca no interior sul e sudeste, e floresta tropical no norte e em Cabinda. O rio Zambeze e vários afluentes do rio Congo têm as suas nascentes em Angola. A faixa costeira é temperada pela corrente fria de Benguela. As terras altas do interior têm um clima suave com uma estação das chuvas de Setembro a Abril, seguida por uma estação seca, mais fria, de Maio a Agosto. As regiões do norte e Cabinda têm chuvas ao longo de quase todo o ano.

Angola é rica em minerais, especialmente diamantes, petróleo e minério de ferro; possui também jazidas de cobre, manganês, fosfatos, sal, mica, chumbo, estanho, ouro, prata e platina. As minas de diamante estão localizadas perto de Dondo, na província da Lunda-Norte. Importantes jazidas de petróleo foram descobertas em 1966, ao largo de Cabinda, assegurando ao País a auto-suficiência. Em 1975 foram localizados depósitos de urânio perto da fronteira com a Namíbia.

Administrativamente Angola está dividida em 18 províncias: Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Kuando Kubango, Kwanza Norte, Kwanza Sul, Cunene, Huambo, Huíla, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sul, Malanje, Moxico, Namibe, Uige, Zaire. Existem 164 Municípios e 532 Comunas.

Para além de numerosos dialectos, Angola possui mais de vinte línguas nacionais. A língua com mais falantes em Angola, depois do português, é o umbundo, falada na região centro-sul de Angola e em muitos meios urbanos. Embora as línguas nacionais sejam as línguas maternas da maioria da população, o português é a única língua oficial de Angola.

O quadro epidemiológico do País é caracterizado por doenças transmissíveis e parasitárias com destaque para as grandes endemias, como malária, VIH/SIDA e tuberculose e as doenças tropicais negligenciadas, como tripanossomose humana Africana, filaríoses e geo-helmintoses. Apresentam-se também as doenças imunopreveníveis, com destaque para o sarampo, as doenças respiratórias agudas e as doenças diarreicas agudas. A malnutrição é igualmente um problema de saúde importante, relacionado a questões de segurança alimentar e ao impacto das doenças transmissíveis. As doenças crónicas não transmissíveis começam igualmente a surgir como uma preocupação importante no perfil nosológico do País, a par dos traumatismos ligados a acidentes de viação. A malária mantém-se como a principal causa de morbilidade e de mortalidade em Angola e é responsável por cerca de 35% da procura de cuidados curativos, 20% de internamento hospitalar, verificando-se uma redução importante do seu impacto na mortalidade materna estimada em 2005 em 25%.

1.1.2 População

Dado que Angola não tem tido um recenseamento em várias décadas, não existe uma enumeração exacta da população do País. A Iniciativa Presidencial contra a Malária (PMI) apresenta uma população estimada de 13 milhões habitantes em 2011 (President's Malaria Initiative, 2011), mas segundo as estimativas dos Indicadores de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas, a população chega aos 19,6 milhões (United Nations, 2011). Estima-se que cerca dum terço dessa população encontra-se concentrado em Luanda. A população angolana é muito jovem, dois terços da população tem menos de 25 anos de idade, como resultado dum regime demográfico de alta fecundidade e alta mortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou a esperança de vida ao nascer em 51 anos para os homens e 55 anos para as mulheres, em 2007. A probabilidade de morrer em mil habitantes entre 15 e 60 anos em 2007 foi estimada em 347 (World Health Organization, 2007).

1.2 MALÁRIA EM ANGOLA

O paludismo ou malária em Angola ainda é a primeira causa de morte, de doença e de absentismo laboral e escolar. Esta representa cerca de 35% da demanda de cuidados curativos, 20% de internamentos hospitalares, 40% das mortes perinatais e 25% de mortalidade materna (Programa Nacional do Controlo da Malária, 2010). A malária tem, não só um impacto negativo sobre a saúde das populações, como também sobre o desenvolvimento social destas tornando-as mais pobres.
A malária é endémica nas 18 províncias do País, com a transmissão mais elevada registada nas províncias nortenhas (Cabinda, Uíge, Malange, Kuanza Norte, Lunda Norte e Lunda Sul). Nas províncias do sul (Namibe, Cunene, Huíla e Kuando Kubango) ocorrem surtos epidémicos. Nota-se um aumento de transmissão durante a estação das chuvas, com um pico entre os meses de Janeiro e Maio. As áreas hiperendémicas são áreas onde a transmissão é intensa e áreas mesoendémicas são áreas onde a transmissão é moderada (ver mapa).

Considerando a heterogeneidade das características de transmissão da malária no País, existem estratos populacionais com variados índices de população infectada. O pl. falciparum é responsável por cerca de 92 % dos casos e a principal espécie implicada nas formas graves e complicadas. O pl. vivax é responsável por cerca de 5 a 7% dos casos.

Desde 2002, registou-se um reforço notável da capacidade institucional do PNCM em termos de administração, gestão e coordenação. Os principais parceiros do PNCM são hoje as agências das Nações Unidas como o UNICEF, OMS, os projectos Fundo Global, USAID-PMI, JICA, HAMSET, Banco Mundial, e o sector privado, nomeadamente a Exxon/Mobil e a Chevron. O reforço das parcerias do sector público como a do sector privado têm tido resultados palpáveis, encorajadores para novas parcerias do mesmo tipo, sob auspícios do Fórum Nacional de Parceiros da malária, coadjuvado com uma rede de Jornalistas para a Malária em Angola.

1.3 MORBILIDADE E MORTALIDADE POR MALÁRIA

De acordo com dados oficiais do Programa Nacional do Controlo da Malária (Ministério da Saúde, 2011), em Angola a morbilidade por malária foi de 3.68 milhões em 2010. Este aumento no número de casos notificados nos últimos anos resulta por um lado do aumento dos serviços de saúde devido a reabilitação e construção de infra-estruturas sanitárias no movimento de reconstrução pós guerra, e por outro lado a introdução do uso das combinações terapêuticas com base na Artemisinina (ACT) para tratamento de casos de malária simples, o que oferece maiores garantias e confiança da população aos serviços de saúde.

Um facto é a tendência para a redução da mortalidade por malária, que se pode interpretar da seguinte forma: impacto das acções de controlo da malária juntando-se ao factor de estabilização das populações, determinada pelo fim da guerra, melhoria e da situação nutricional da população, e melhoria da confirmação laboratorial dos diagnósticos. No entanto, alguma atenção dever-se-á dar ainda ao manejo adequado de casos, diagnóstico da doença a mortalidade intrahospitalar por malária, devido a falta de perícia de alguns técnicos em fazerem diagnóstico diferencial da malária, tornando-se isto num factor de aumento da mortalidade intrahospitalar supostamente por malária. A introdução das novas medidas, tais como a utilização ACTs, promoção de mosquiteiros tratados com insecticida (MTI), e expansão do programa de pulverização intradomiciliaria (PID) também tem um papel determinante nesta redução.

1.4 OBJECTIVOS E METAS DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA EM ANGOLA

O Governo de Angola aderiu a iniciativa Roll Back Malária / Fazer Recuar o Paludismo (RBM), lançada por algumas Agências das Nações Unidas, como a OMS, UNICEF, PNUD e Banco Mundial desde 1998 e desde então foram definidas e adoptadas politicas e estratégias que estão em linha com as componentes técnicas da declaração de Amsterdam e das metas da declaração de Abuja, bem como, com a estratégia nacional de combate a pobreza e a de Revitalização do Sistema Nacional de Saúde.

A ronda 3 e 7 do Fundo Global reforçaram as componentes estratégicas até então iniciadas com os apoios anteriores, tal como a Iniciativa Presidencial contra a Malária (PMI) que tem aumentado o seu contributo nos esforços de controlo da malária em Angola tanto de vista técnico e financeiro. O Plano Estratégico do Programa Nacional de Controlo da Malária 2011-2015, em fase de finalização, predispõe-se a obter os seguintes objectivos e metas:

Visão: Que Angola seja um País livre da malária

Meta: Reduzir em 80% o impacto da malária no País até 2015, comparado a linha de base de 2006, através da melhoria da implementação de intervenções eficazes de controlo da malária, que vão determinar uma redução da morbi-mortalidade pela doença e suas consequências socioeconómicas

Objectivos:

- Que 100% das províncias tenham um mecanismo de coordenação e gestão das acções de prevenção e controlo da malária;
- Que 80% da população com acesso aos serviços de saúde com malária simples, tenha acesso aos ACTs, de acordo com a Política Nacional de Tratamento, nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas
- Que em cada domicílio cada duas pessoas tenham acesso a uma rede mosquiteira tratada com insecticida;
- Que 80% dos cuidadores de crianças conheçam as causas e sintomas do paludismo, pelo menos um método de prevenção da malária e como tratar eficazmente a doença;

- Que os 16 municípios em risco epidémico detectem epidemias em menos de duas semanas e dêem resposta adequada;
- Que 100% das províncias do País tenham um sistema eficaz de monitoreo e avaliação;
- Que 100% das mulheres grávidas elegíveis para o tratamento intermitente preventivo (TIP) e com acesso as consultas pré-natais, tenham acesso ao TIP com Sulfadoxina Pirimetamina (SP);

Para alcançar estes objectivos, o PNCM definiu seis componentes estratégicas, nomeadamente:

1. Gestão do programa e desenvolvimento de sistemas
2. Diagnóstico, tratamento e abastecimento de medicamentos
3. Controlo integrado do vector e protecção individual
4. Promoção da saúde, mobilização comunitária e advocacia
5. Previsão, prevenção, detecção e controlo de epidemias
6. Monitoria e avaliação: vigilância epidemiológica, informação e pesquisa

1.5 OBJECTIVOS DO INQUÉRITO DE INDICADORES DA MALÁRIA

O primeiro inquérito de Inquérito de Indicadores de Malária em Angola de 2006-07 (IIMA 2006/07) apresentou ao PNCM e a seus parceiros os indicadores necessários para aperfeiçoar as intervenções na luta contra a malária. O inquérito IIMA 2011 foi desenhado para determinar a evolução da situação relativa á malária, fornecendo indicadores específicos sobre a malária incluindo, tais como a utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticida e o uso destas, assim como o uso do tratamento intermitente preventivo da malária nas mulheres grávidas (TIP).

Os objectivos específicos do IIMA 2011 foram:

a. Colher informação sobre as características sócio-demográficas da população do estudo;
b. Avaliar a posse de redes mosquiteiras correntes e de redes mosquiteiras tratadas com insecticida nos agregados familiares;
c. Avaliar o uso das redes mosquiteiras tratadas com insecticida pelas crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas;
d. Avaliar o tipo e o período do tratamento recebido pelas crianças menores de 5 anos com febre;
e. Avaliar a prevalência da malária e da anemia entre crianças de 6-59 meses de idade.
f. Avaliar os conhecimentos, as atitudes e as práticas sobre malária nas mulheres em idade de procriação.
g. Avaliar a cobertura de pulverização intra-domiciliária (PID);
h. Avaliar o uso do tratamento intermitente preventivo (TIP) da malária nas mulheres grávidas
i. Obter estimativas da mortalidade infantil e das tendências da mortalidade nos últimos quinquénios.

1.6 METODOLOGIA DO INQUÉRITO

O IIMA 2011 foi realizado a partir de meados de Janeiro até Maio de 2011, usando uma amostra nacional representativa de 8.800 agregados familiares. Todas as mulheres em idade de 15 a 49 anos residentes habituais ou que tinham passado a noite precedente nestes agregados familiares foram elegíveis para serem entrevistadas individualmente. Foram feitas perguntas sobre a prevenção da malária durante a gravidez e tratamento de febres nas crianças menores de cinco anos. Além disso, o levantamento incluiu o teste de anemia e de malária para as crianças em idade de 6 a 59 meses. Um terço dos agregados familiares foram seleccionados para a testagem e todas as crianças entre 6 e 59

meses residentes dos agregados seleccionados ou as visitantes que se hospedaram nesses agregados na noite anterior foram testadas.

1.6.1 Organização do inquérito

Sob a supervisão do Programa Nacional de Controlo da Malária, o IIMA 2011 foi implementado por duas empresas não governamentais angolanas: a COSEP-Consultoria, Lda e a Consaúde, Lda. O PNCM foi responsável pela coordenação técnica geral da pesquisa, garantindo a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comité de Ética do Ministério de Saúde e fornecendo os medicamentos necessários para o tratamento de todas as crianças com teste positivo para a malária durante a pesquisa. O Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) apoiou ao inquérito na disposição do laboratório e na leitura das lâminas de gota espessa obtidas no campo. O A COSEP e a CONSAÚDE participaram no recrutamento, formação do pessoal de campo, processamento dos dados, elaboração de relatórios e disseminação dos resultados. A assistência técnica foi fornecida por Measure DHS da ICF International e os Conselheiros Residentes da PMI em Angola. O financiamento foi fornecido pela Iniciativa Presidencial contra a Malária (PMI) através da USAID/Angola.

1.6.2 Desenho da amostra

A amostra IIMA 2011 foi projectada para produzir a maioria dos indicadores-chave para o País como um todo, para áreas urbanas e rurais separadamente, para Luanda e cada uma das três regiões epidemiológicas da malária em Angola. Os domínios regionais do estudo são os seguintes:

1. Região Hiperendémica: Cabinda, Kuanza Norte, Lunda Norte, Lunda Sul, Malanje e Uige
2. Região Mesoendémica Estável: Bengo, Benguela, Bié, Kuanza Sul, Huambo, Zaire
3. Região Mesoendémica Instável: Cuando Cubango, Cunene, Huila, Moxico e Namibe
4. Província de Luanda

A amostra de IIMA 2011 foi seleccionada através de um desenho de amostra estratificada em três etapas (ver Apêndice A para detalhes). A amostra não foi distribuída geograficamente pela proporção da população, mas sim em todos os domínios do estudo, tendo sido seleccionados 60 conglomerados por domínio, perfazendo 240 conglomerados no total. Estes foram subdivididos em 96 nas áreas urbanas e 144 nas zonas rurais.

Na primeira etapa, depois da estratificação das comunas por província em urbana e rural, fez-se a selecção das mesmas com probabilidade proporcional ao tamanho da população estimada dentro de cada domínio do estudo. Na segunda etapa, após a selecção das comunas que também foram identificadas como urbanas ou rurais, os conglomerados foram seleccionados com probabilidade proporcional ao tamanho.

Na terceira etapa utilizou-se uma amostra aleatória a partir da listagem sistemática dos agregados familiares para estabelecer aproximadamente o mesmo número de agregados a serem inquiridos. Nos agregados seleccionados, todas as mulheres de 15 a 49 anos foram seleccionadas para a entrevista individual, tanto as residentes habituais como as visitantes que se hospedaram no agregado na noite anterior ao inquérito. Além disso, todas as crianças de 6 a 59 meses de idade no agregado familiar eram elegíveis para o teste da malária e de anemia.

1.6.3 Questionários

Dois tipos de questionários foram utilizados para o IIMA 2011, um questionário do agregado familiar e um outro questionário para todas as mulheres de 15 a 49 anos nos agregados seleccionados. Ambos os instrumentos foram desenvolvidos com base nos modelos dos questionários usados no estudo de indicadores da malária de 2006-07, com a metodologia do programa " Fazer Recuar a Malária," bem como do programa de Inquéritos de Demografia e de Saúde.

O questionário do agregado familiar foi usado para listar todos os membros habituais e os visitantes que dormiram a noite precedente à entrevista nos agregados familiares seleccionados e também para identificar as mulheres elegíveis para a entrevista e crianças de 6 a 59 meses de idades elegíveis para os testes de anemia e de malária.

Algumas informações básicas foram colectadas sobre as características de cada pessoa listada, incluindo idade, sexo e relacionamento com o chefe do agregado familiar. O questionário do agregado familiar também serviu para colectar informações sobre características da unidade de habitação do agregado familiar, tais como a fonte de água, tipo de instalações sanitárias, materiais utilizados para o teto e o chão, paredes da casa, a posse de vários bens duráveis, e posse e uso de redes mosquiteiras.
O questionário da mulher foi utilizado para colectar informações de todas as mulheres em idade 15-49 anos e contém os seguintes tópicos:

- Características sociodemográficas da respondente
- História de nascimentos
- Cuidados de pré-natal e tratamento preventivo da malária durante a gravidez dos nascimentos mais recentes
- Tratamento das crianças com sintomas de malária.
- Conhecimento sobre malária

O protocolo do inquérito foi remetido ao Comité Nacional de Revisão Ética e aprovado por este a nível do Programa Nacional de Combate à Malária e do Conselho de Revisão Institucional (IRB) da Macro Internacional.

1.6.4 Recolha dos biomarcadores

Como parte do IIMA, um terço dos agregados familiares foram seleccionados para a testagem de malária e da anemia nas crianças. Todas as crianças entre 6 e 59 meses residentes dos agregados seleccionados ou visitantes que se hospedaram nesses agregados na noite anterior ao inquérito foram testadas para anemia e malária. Não entanto, a prevalência apresentada neste relatório se baseia na população *de facto,* isto é, as crianças que dormiram na habitação seleccionada a noite anterior à entrevista.

Para identificar a anemia o IIMA mensurou os níveis de hemoglobina utilizando um dispositivo *HemoCue Hb®,* que revela os níveis de hemoglobina uns minutos depois da recolha de sangue capilar. As equipas de campo tinham enfermeiras que davam às mães os resultados dos testes das suas crianças. Para o propósito do inquérito IIMA 2011, níveis de hemoglobina menores de 8.0 g/dl são considerados como casos de anemia severa. Em caso de anemia severa as enfermeiras aconselhavam às mães e referenciavam às crianças para o centro de saúde mais próximo para receber assistência médica imediata, com uma nota de referência na qual se registavam os resultados do teste.

Para a testagem da malária nas crianças utilizou-se dois tipos de testes, um teste rápidos de diagnóstico (TRD) e lâminas de gota espessa para leitura em microscópio. Como TRD usou-se o *SD Bioline Malaria Ag P.f/P.v ®,* um teste de alta sensibilidade e especificidade que detecta a presença de antigénios de malária a partir de gotas de sangue capilar.[1] A leitura das lâminas foi realizada pelo método da gota espessa no laboratório do Instituto Nacional de Saúde Pública em Luanda. Os resultados do teste rápido de malária foram entregues às mães ou às pessoas responsáveis das crianças, e as equipas de campo incluíam enfermeiras que ofereciam *Coartem®* gratuitamente às mães das crianças cujo resultado do teste foi positivo. O *Coartem®* é um antimalárico em combinação compreendendo artemisinina que contêm 20 mg Arthemeter e 120 mg de Lumefantrine. Os pacientes

[1] A sensibilidade é estimada em 99.7% para Plasmodium Falciparum (P.f) e em 95.5% para non-P.f.; a especificidade é estimada em 99.5% (http://www.pantech.co.za/products/details/sd_ bioline_malaria_ antigen_pf_pan_test)

receberam informações sobre as contra-indicações e sobre os potenciais efeitos colaterais que podiam ocorrer durante o tratamento e foi dada a opção de recusar o tratamento sem quaisquer repercussões, se o inquirido assim o desejasse.

1.7 ACTIVIDADES DO INQUÉRITO

1.7.1 Pré-teste

Após o pré-teste dos questionários para os adaptar às realidades nacionais, contrataram-se inquiridores e técnicos de saúde para realizarem os pré-testes e a formação principal sobre o uso dos questionários e procedimentos de trabalho de campo. O pré-teste realizou-se em Dezembro de 2010,

1.7.2 Trabalho de campo

O trabalho de campo teve início em Janeiro de 2011 após a fase de formação. O grupo de trabalho foi constituído por doze equipas com três inquiridores, um supervisor, um editor e um técnico de saúde, cada uma. O trabalho começou em Luanda e depois nas restantes regiões do País. Embora agendado inicialmente para durar três meses, o trabalho de campo alastrou-se devido a dificuldades de acesso provocado pelas chuvas torrenciais entre Janeiro e Abril de 2011, tendo ficado concluído em Maio de 2011.

1.7.3 Registo e gestão de dados

O registo dos dados iniciou depois das primeiras semanas da fase de recolha de dados. Foram integrados doze técnicos de registo de dados sendo um grupo de seis no período de manha e seis outros no período da tarde, supervisionados por um gestor de processamento de dados, um organizador de questionário e um editor de questionário. As tabelas de avaliação do desempenho dos inquiridores individuais e das equipas foram avaliadas periodicamente, especialmente durante as primeiras duas semanas do trabalho de campo. Estas foram úteis na identificação dos erros iniciais de algumas das equipas, o que necessitou viagens de campo extraordinárias. Depois da conclusão do registo dos dados, um consultor verificou o preenchimento dos formulários e a compatibilidade entre os registos de dados e os resultados iniciais.

1.7.4 Taxas de resposta

Do total de 8.806 agregados familiares seleccionados, 8.493 estiveram disponíveis. O número total dos agregados inquiridos foi de 8.030, perfazendo uma taxa de resposta de 95%, conforme podemos observar na tabela 1.1. Um total de 8.746 mulheres elegíveis foram identificadas nestes agregados familiares e 8.589 inquéritos foram concluídos com as mulheres, perfazendo uma taxa de resposta de 98%. As taxas de respostas dos agregados foram de 97% na área urbana e de 93% na área rural enquanto para as mulheres elegíveis, observa-se taxas de resposta de 97% na área urbana e de 99% na rural.

Tabela 1.1 Taxas de resposta

Número de agregados familiares seleccionados, ocupados e entrevistados e número de mulheres elegíveis e entrevistados, e taxas de resposta por tipo de residência, Angola 2011

Tipo de residência e região	Residência: Urbana	Residência: Rural	Total
Agregados familiares			
Agregados seleccionados	3.552	5.254	8.806
Agregados ocupados	3.401	5.092	8.493
Agregados entrevistados	3.293	4.737	8.030
Taxa de resposta dos agregados familiares	96,8	93,0	94,5
Mulheres de 15 a 49 anos			
Mulheres elegíveis nos agregados	4.156	4.590	8.746
Mulheres elegíveis entrevistadas	4.038	4.551	8.589
Taxa de resposta das mulheres	97,2	99,2	98,2

CARACTERÍSTICAS DOS AGREGADOS FAMILIARES E DAS MULHERES INQUIRIDAS 2

Este capítulo apresenta os dados referentes às características demográficas e socioeconómicas da população em estudo. O inquérito recolheu dados de todos os membros dos agregados familiares, bem como de pessoas que se encontravam de visita no mesmo e que tenham passado a noite anterior à data da entrevista na unidade de habitação seleccionada.

Um agregado familiar é definido como um indivíduo ou grupo de indivíduos, ligados por laços de parentesco ou não, que vivem juntos na mesma residência e que partilham instalações comuns e as refeições. Não são abrangidos pelo inquérito os indivíduos que se ausentaram por um período superior a seis meses ao longo do decurso da realização do inquérito nem as pessoas residentes em instituições. O chefe do agregado é a pessoa a quem os demais membros do agregado reconhecem como tal. As tabelas resumem algumas características da população em estudo em função do sexo, idade, características socioeconómicas, características da habitação.

2.1 POPULAÇÃO DOS AGREGADOS FAMILIARES POR IDADE E SEXO

A Tabela 2.1 mostra a distribuição da população por idade e sexo, segundo a área de residência. O inquérito encontrou um total de 40.063 pessoas nos agregados inquiridos, sendo 16.392 na área urbana e 23.671 na área rural, com a cifra das mulheres a superar ligeiramente à dos homens, sendo 51 % para as mulheres e 49 % dos homens. Quase a metade da população (48 %) situa-se abaixo dos 15 anos de idade, com 21 % abaixo dos cinco anos de idade. As pessoas com idade acima de 65 anos representam apenas 2 % do total da população estudada.

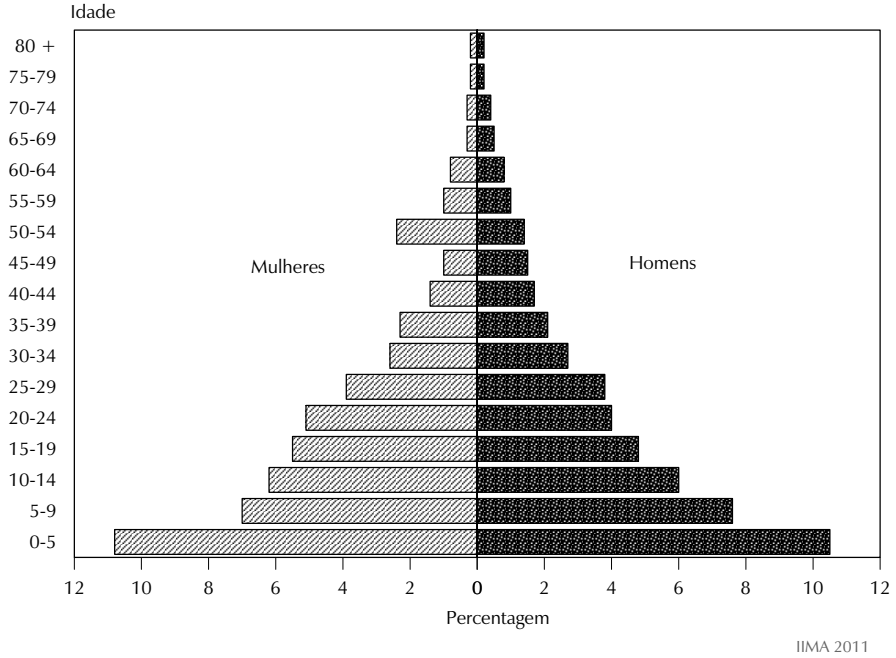
Tabela 2.1 População dos agregados familiares

Distribuição percentual da população de facto dos agregados familiares por idade, segundo a residência e sexo, por grupos de idade, Angola 2011

	Urbana			Rural			Total		
Idade	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0-4	17,0	17,2	17,1	24,2	24,1	24,2	21,3	21,3	21,3
5-9	14,4	12,9	13,7	16,2	14,3	15,2	15,5	13,7	14,6
10-14	12,6	14,2	13,4	11,8	10,6	11,2	12,2	12,1	12,1
15-19	11,3	11,3	11,3	8,6	10,7	9,7	9,7	10,9	10,3
20-24	10,2	11,5	10,9	6,6	9,1	7,9	8,1	10,1	9,1
25-29	9,5	8,8	9,1	6,7	6,9	6,8	7,8	7,7	7,7
30-34	6,2	5,5	5,8	5,0	4,7	4,9	5,5	5,0	5,3
35-39	4,6	4,5	4,5	4,2	4,5	4,4	4,4	4,5	4,4
40-44	3,5	3,0	3,3	3,4	2,6	3,0	3,4	2,8	3,1
45-49	3,1	2,0	2,5	3,1	2,0	2,5	3,1	2,0	2,5
50-54	2,9	4,9	3,9	2,8	4,5	3,7	2,9	4,7	3,8
55-59	1,8	1,6	1,7	2,1	2,2	2,1	2,0	1,9	1,9
60-64	1,3	1,0	1,1	1,8	1,9	1,9	1,6	1,5	1,6
65-69	0,9	0,7	0,8	1,1	0,7	0,9	1,0	0,7	0,8
70-74	0,3	0,5	0,4	1,0	0,6	0,8	0,8	0,5	0,6
75-79	0,2	0,3	0,2	0,5	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3
80 +	0,1	0,3	0,2	0,5	0,4	0,5	0,4	0,3	0,4
Não sabe/em falta	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	8.062	8.330	16.392	11.645	12.026	23.671	19.707	20.356	40.063

O Gráfico 2.1 representa a pirâmide da população dos agregados familiares. Esta pirâmide mostra uma base muito ampla e uma cúpula reduzida, o qual é característico dum padrão demográfico de alta fecundidade e alta mortalidade, como é o caso de Angola. Nota-se uma proeminência nas mulheres no grupo etário de 50 a 54 anos e um deficit no grupo etário de 44 a 49 anos. Este facto já foi observado no inquérito IIMA 2006/07 e isto pode ser atribuído ao fato de alguns inquiridores terem alterado as idades das mulheres de 48 ou 49 anos para regista-las como de 50 ou 51 anos, para reduzir a carga de trabalho.

Gráfico 2.1 **Pirâmide da população**



2.2 CARACTERÍSTICAS DAS HABITAÇÕES

Com o objectivo de conhecer as condições socioeconómicas dos membros dos agregados, recolheu-se as informações relativas ao acesso à energia eléctrica, fonte de água para beber e tipo de instalação sanitária e características físicas das habitações. A Tabela 2.2 apresenta informação sobre a distribuição dos agregados quanto a disponibilidade de energia eléctrica, por fonte de água potável e tipo de instalações sanitárias. A mesma indica que um pouco mais de um em cada três agregados em Angola tem acesso a energia eléctrica (35 %) e a distribuição por área demonstra uma grande disparidade entre as zonas urbanas e as zonas rurais. Nas zonas urbanas 83 % tem nas suas residências energia eléctrica, contra apenas 6 % nas zonas rurais.

Sobre a fonte de água para beber, quase metade (48 %) dos agregados consegue a água a partir de fonte melhorada. Observando a situação por área, verifica-se maior acesso a fonte de água melhorada nas zonas urbanas que em zonas rurais (74 % contra 33 %). Quanto a fonte de água não melhorada, o uso de camião ou carroça cisterna é mais frequente nas zonas urbanas com um quinto dos agregados tendo esta como fonte. Por outro lado, metade dos agregados nas áreas rurais utiliza água de superfície, tais como rios, lagos, ou canais.

Quanto às instalações sanitárias, 42% dos agregados na área urbana têm instalações sanitárias melhoradas, comparado com apenas 15% dos agregados em áreas rurais. Por outro lado, 62% dos agregados em áreas rurais não têm nenhum tipo de instalação sanitária, comparado com 4% dos agregados em áreas urbanas.

Tabela 2.2 Características das habitações

Distribuição percentual dos agregados e da população por principais características das habitações, segundo residência, Angola 2011

	Agregados familiares			População		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Energia eléctrica da rede ou dum gerador						
Tem	82,5	5,5	34,6	83,0	6,3	37,8
Não tem	17,5	94,5	65,4	17,0	93,7	62,2
Fonte de agua para beber						
Fonte melhorada	**73,9**	**33,0**	**48,4**	**73,7**	**35,2**	**51,0**
Canalizada na residência ou no quintal	32,8	0,5	12,7	33,9	0,6	14,3
Torneira pública/chafariz	29,2	9,6	17,0	28,1	10,2	17,6
Poço ou furo protegido	2,2	3,8	3,2	1,9	4,8	3,6
Cacimba ou fonte protegida	9,6	19,0	15,4	9,6	19,5	15,5
Água de chuva	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Fonte não melhorada	**24,8**	**67,0**	**51,0**	**25,3**	**64,7**	**48,5**
Cacimba ou fonte desprotegida	1,3	10,7	7,1	1,4	10,4	6,7
Camião ou carroça cisterna	20,8	3,7	10,2	21,6	3,6	11,0
Água de superfície (rio, lago, etc.)	2,7	52,6	33,7	2,2	50,8	30,8
Outra fonte	1,3	0,0	0,5	1,0	0,0	0,4
Percentagem que usam fonte de água melhorada	73,9	33,0	48,4	73,7	35,2	51,0
Tipo de instalações sanitárias						
Instalação melhorada	**87,2**	**15,0**	**42,2**	**88,0**	**16,4**	**45,8**
Evacuação para o sistema de esgotos	19,2	0,5	7,6	19,4	0,5	8,2
Evacuação para fossa séptica	22,6	3,2	10,5	23,7	3,4	11,7
Latrina de fossa seca	6,5	4,9	5,5	6,2	5,3	5,7
Outras instalações melhoradas	0,5	0,4	0,4	0,5	0,3	0,5
Latrina melhorada ou cimentada	38,4	6,0	18,2	38,2	6,9	19,7
Instalação não melhorada	**13,0**	**84,8**	**57,6**	**12,2**	**83,5**	**54,2**
Latrina sem pia cimentada	6,0	16,8	12,7	5,9	17,5	12,7
Outras instalações não melhoradas	3,0	5,7	4,6	2,9	6,3	4,9
Sem instalações / no mato	4,0	62,3	40,3	3,4	59,7	36,6
Número	3.035	4.995	8.030	16.408	23.559	39.967

2.3 BENS DOS AGREGADOS FAMILIARES

A disponibilidade de bens de consumo duráveis é um bom indicador das condições socioeconómicas de um agregado familiar. É importante destacar que a posse de certos bens duráveis, como o rádio e a televisão, constitui indicador de acesso aos meios de comunicação. Ter uma geleira prolonga a salubridade dos alimentos, e a disponibilidade dum meio de transporte permite maior acesso a serviços que podem ser indisponíveis localmente.

A Tabela 2.3 mostra a proporção dos agregados que possuem alguns bens duradouros e meios de transporte. As informações apresentadas mostram que 62 % dos agregados possuem rádio e 44 % tem televisor. Esta tabela indica também que a rádio (86 %), o televisor (89%) e o telemóvel (91%) são os bens observados na grande maioria dos agregados da área urbana. Nesta mesma área, metade dos agregados (52%) possuem uma geleira. A rádio é o bem mais comum nos agregados da área rural (47 %). Quanto aos meios de transporte, na posse de motociclo não existe diferença significativa entre os agregados da área urbana (15 %) e rurais (14 %), enquanto que a posse de carro ou camião é mais comum na área urbana (30 % contra 1 % dos agregados da área rural).

Tabela 2.3 Bens duradouros

Percentagem de agregados familiares a população *de jure* que possuem bens duradouros e meios de transporte, segundo residência, Angola 2011

	Agregados familiares			População		
Bens possuídos	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Rádio	85,8	47,4	61,9	86,7	50,8	65,5
Televisor	88,5	16,4	43,6	90,4	19,6	48,7
Telemóvel	91,2	27,6	51,7	92,8	31,4	56,6
Geleira	51,9	2,3	21,0	53,6	2,8	23,6
Bicicleta	11,2	14,2	13,1	12,5	15,1	14,0
Motociclo	15,0	14,4	14,6	15,7	16,9	16,4
Carro ou camião	29,8	1,4	12,2	32,6	1,8	14,4
Barco ou canoa	1,1	0,9	1,0	1,2	1,0	1,1
Número	3.035	4.995	8.030	16.408	23.559	39.967

2.4 CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES DE 15 A 49 ANOS

Esta secção fornece um resumo descritivo das características sócio-demográficas das mulheres que foram entrevistadas no IIMA 2011. A Tabela 2.4 apresenta a distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos por principais características sócio-demográficas. Quase a metade (49 %) das mulheres inquiridas, tem menos de 25 anos, reflectindo a estrutura etária efectivamente jovem da população angolana, como já foi observado no Gráfico 2.1.

A distribuição espacial das mulheres em idade de procriação reproduz a distribuição da população geral. Os 44% delas residem em áreas urbanas e 56% reside em áreas rurais. A maioria das mulheres (56%) reside nas regiões de maior prevalência de malária, nas regiões hiperendémica e mesoendémica estável, onde habitam 19% e 37% das mulheres, respectivamente. Uma em cada quatro mulheres reside na província de Luanda. No que respeita a formação, uma em cada quatro mulheres não foi escolarizada, e 19% alcançou ou ultrapassou o nível secundário. A grande maioria só alcançou o nível primário.

Tabela 2.4 Características das mulheres de 15 a 49

Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos por principais características demográficas e socioeconómicas, Angola 2011

Características	Percentagem ponderado	Número ponderado	Número não ponderado
Idade			
15-19	25,3	2.175	2.154
20-24	23,6	2.029	2.031
25-29	17,8	1.533	1.540
30-34	11,8	1.017	1.021
35-39	10,5	898	907
40-44	6,3	543	542
45-49	4,6	394	394
Residência			
Urbano	44,4	3.813	4.038
Rural	55,6	4.776	4.551
Região			
Hiperendémica	19,4	1.664	1.865
Mesoendémica Estável	36,5	3.139	2.035
Mesoendémica Instável	18,0	1.546	2.210
Luanda	26,1	2.240	2.479
Formação			
Sem formação	24,6	2.111	2.126
Primário	56,7	4.866	4.832
Secundário ou mais	18,8	1.612	1.631
Religião			
Católica	46,1	3.955	4.020
Cristiana/Protestante	44,1	3.786	3.707
Outras religiões	0,4	39	44
Nenhuma religião	5,4	462	466
Quintil de riqueza			
Mais baixo	11,3	970	1.068
Segundo	11,0	948	963
Médio	15,7	1.346	1.299
Quarto	28,6	2.456	2.552
Mais alto	33,3	2.863	2.699
Total 15-49	100,0	8.589	8.589

Quanto à religião que declararam professar, os dados mostram que a maioria das mulheres entrevistadas professam o cristianismo (90 %), das quais 46 % são católicas e 44 % professam as diversas vertentes da religião protestante, apenas 5 % disseram que não possuem nenhuma religião.

2.5 NÍVEL DE ESCOLARIDADE

A formação escolar tem um forte efeito sobre comportamentos de saúde e atitudes. Em geral, quanto maior o nível de educação que uma mulher atinge, mais experiente ela é sobre o uso das instalações de saúde e serviços de saúde para si, seus filhos e sua família.

O sistema de ensino em Angola abrange três níveis. O primeiro nível é o ensino primário que vai da 1ª à 6ª classe. O segundo nível é o ensino secundário. Organiza-se em dois ciclos sequenciais, com a duração total de seis ou sete anos. O 1º ciclo divide-se em ensino geral e em formação profissional, compreendendo as 7ª, 8ª e 9ª classes, cada qual correspondendo a um ano escolar. O 2º ciclo divide-se em ensino geral, que compreende as 10ª, 11ª e 12ª classes, em formação média normal e em formação média técnica, estas últimas compreendendo as 10ª, 11ª, 12ª e 13ª classes. O terceiro nível corresponde ao ensino superior.

A Tabela 2.5 mostra a distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos por nível de escolaridade mas alto e a mediana dos anos de estudo concluídos, segundo as principais características demográficas e socioeconómicas. Um pouco mais de metade das mulheres na área urbana (55 %) atingiram ou concluíram o ensino primário e 40 % atingiram o ensino secundário ou mais. Nas áreas rurais os níveis de escolaridade são muito mais baixos: 40 % das mulheres não foram escolarizadas, e apenas 2% atingiram o nível secundário ou mais.

Existe uma óbvia correlação entre a disponibilidade de recursos materiais, manifestada nos quintiles de riqueza, e nível de escolaridade. Sessenta por cento das mulheres no quintil mais baixo nunca foram escolarizadas, e quase nenhuma alcançou o nível secundário. No entanto, apenas 6% das mulheres no quintil mais alto nunca foram escolarizadas e 41% alcançaram o nível secundário ou mais.

Tabela 2.5 Nível de escolaridade alcançado pelas mulheres

Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos por nível de escolaridade mas alto e mediana dos anos concluídos, por principais características demográficas e socioeconómicas., Angola 2011

	Nível de escolaridade mais alto					
Característica	Sem formação	Ensino primário	Ensino secundário ou mais	Total	Mediana de anos concluídos	Número de mulheres
Idade						
15-19	14,3	72,3	13,4	100,0	4,9	2.175
20-24	22,3	52,2	25,5	100,0	4,9	2.029
25-29	27,5	48,6	23,9	100,0	4,8	1.533
30-34	31,9	49,8	18,2	100,0	3,8	1.017
35-39	30,8	55,9	13,3	100,0	3,2	898
40-44	32,1	52,4	15,6	100,0	2,9	543
45-49	37,9	49,7	12,4	100,0	3,0	394
Residência						
Urbano	5,3	54,5	40,2	100,0	7,6	3.813
Rural	39,9	58,4	1,7	100,0	1,9	4.776
Região						
Hiperendémica	40,9	51,6	7,5	100,0	2,0	1.664
Mesoendémica estável	28,3	60,6	11,1	100,0	3,3	3.139
Mesoendémica instável	28,0	57,7	14,3	100,0	3,3	1.546
Luanda	4,8	54,2	41,0	100,0	7,7	2.240
Quintil de riqueza						
Mais baixo	59,7	40,1	0,2	100,0	-	970
Segundo	47,9	51,9	0,2	100,0	0,8	948
Médio	36,4	61,8	1,7	100,0	2,2	1.346
Quarto	16,4	66,4	17,2	100,0	4,9	2.456
Mais alto	6,4	53,0	40,6	100,0	7,5	2.863
Total	24,6	56,7	18,8	100,0	3,9	8.589

FECUNDIDADE 3

Neste capítulo analisa-se a fecundidade actual, estimada através das taxas gerais e específicas de fecundidade. Igualmente relacionam-se as medidas de fecundidade com alguns dos seus determinantes segundo características seleccionadas das entrevistadas, tais como área de residência, região, nível de escolaridade e quintiles de riqueza. As estimativas da fecundidade apresentadas neste capítulo baseiam-se nas histórias reprodutivas relatadas pelas mulheres de 15-49 anos de idade entrevistadas durante o inquérito. Com base nas histórias de nascimentos estimou-se a fecundidade retrospectiva, baseada no número de filhos nascidos vivos, e a fecundidade actual, baseada nas taxas de fecundidade por idade.

3.1 FECUNDIDADE ACTUAL

A fertilidade actual pode ser observada através das taxas de fecundidade por idade (TFI), os índices sintéticos de fecundidade (ISF), as taxas de fertilidade geral (TFG) e as taxas brutas de natalidade (TBN). As taxas de fecundidade por idade fornecem o padrão etário da fertilidade, enquanto que o índice sintético de fecundidade refere-se a uma quantidade hipotética de número médio de crianças nascidas vivas por mulher em idade fértil admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento do inquérito.

As medidas de fertilidade apresentadas neste capítulo abrangem ao período de três anos antes da realização do inquérito, referendo-se aproximadamente aos anos calendário 2009-2011, pelo que os resultados obtidos estão centrados ao ano 2010.[1] Este período de referência abrange um número suficiente de nascimentos para fornecer estimativas confiáveis e actuais.

A Tabela 3.1 apresenta as taxas fecundidade por idade, segundo área de residência. Os resultados são ilustrados no Gráfico 3.1. Esta tabela demonstra um padrão demográfico de alta natalidade. O ISF para o total do País é de 6,3, o que pode interpretar-se como o número médio de filhos que as mulheres angolanas vão ter durante toda a vida reprodutiva se os níveis de fecundidade por idade permaneceram constantes. Com um ISF de 7,7, a fecundidade é muito mais alta no meio rural do que no meio urbano, onde o ISF é de 4,6. Isto significa também que as mulheres nas áreas rurais têm em média três crianças mais do que as mulheres das áreas urbanas.

Tabela 3.1 Fecundidade actual

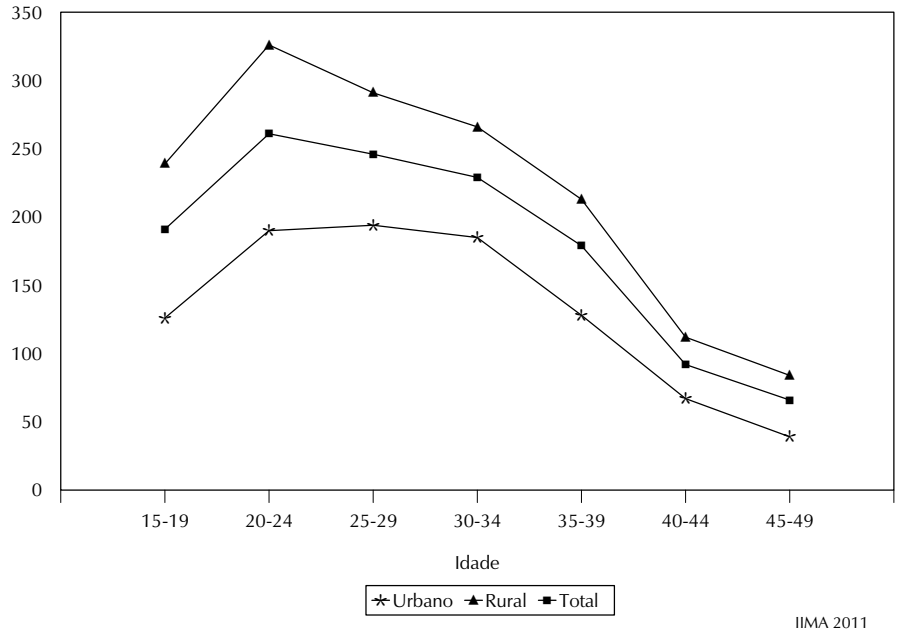
Taxas específicas de fecundidade e índice sintético de fecundidade para os três anos anteriores ao inquérito, por área de residência, Angola 2011

	Residência		
Faixas etárias	Urbana	Rural	Total
15-19	126	239	191
20-24	190	326	261
25-29	194	291	246
30-34	185	266	229
35-39	128	213	179
40-44	67	112	92
45-49	39	84	66
ISF	4,6	7,7	6,3
TFG	161	264	218
TBN	36,5	51,8	45,5

Nota: As taxas de fecundidade por idade são por 1.000 mulheres. As taxas para o grupo 45-49 anos podem apresentar ligeiro viés devido ao efeito dos valores truncados.
ISF: Índice sintético de fecundidade expressado por mulher.
TFG: Taxa de fecundidade geral expressada por 1,000 mulheres.
TBN: Taxa bruta da natalidade.

[1] O trabalho de campo decorreu entre Janeiro e Maio de 2011

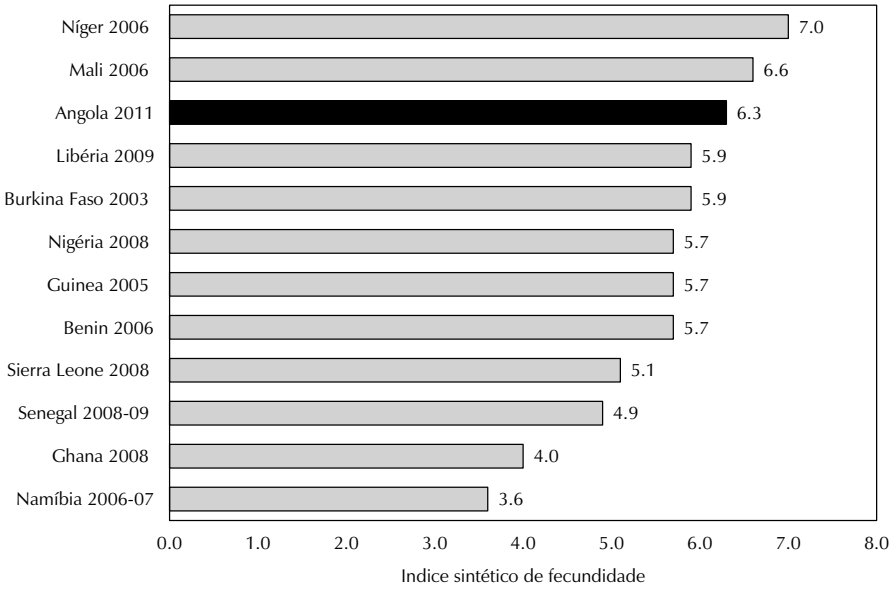
Gráfico 3.1 Taxa de fecundidade por idade, segundo residência



Uma segunda característica do modelo de fecundidade angolana é que registou-se um nível muito elevado de mulheres que tiveram filhos a partir dos 15 anos de idade, principalmente nas áreas rurais onde aconteceram 239 nascimentos por mil mulheres de 15 a 19 anos nos três anos precedentes ao inquérito. Mesmo em médio urbano, onde a fecundidade é menor, o número de nascimentos por mil mulheres nesta faixa etária foi de 126 por mil. O pico da fecundidade no médio rural se produz nas idades de 20 a 24 anos, onde a taxa de fecundidade por idade chega a 326 por mil. Nas áreas urbanas o pico manifesta-se menos destacável produz-se na faixa etária de 25 a 29 anos, onde a fecundidade chega a 194 por mil.

Comparando com outros países da África Ocidental, constata-se que Angola se encontra entre os países com maior fecundidade. Somente dois países da região, Níger e Mali, apresentam uma fecundidade superior a Angola. Nota-se que o índice sintético de fecundidade é 75% mais alto em Angola que em Namíbia, um dos países com os níveis de fecundidade mais baixos da região.

Gráfico 3.2 Índices sintécos de fecundidade recentes na África ocidental



3.2 TENDÊNCIAS DA FECUNDIDADE

A Tabela 3.2 monstra as taxas de fecundidade por idade durante quatro períodos quinquenais precedentes ao inquérito, obtidas a partir da história de nascimentos das inquiridas. Duma forma geral, observa-se que, alem de ser muito alta, a fecundidade manifesta uma tendência a aumentar nas mulheres mais jovens. A taxa de fecundidade por idade na faixa etária de 15 a 19 anos era de 155 por mil entre 1992 e 1996, isto é entre 15 e 19 anos antes do inquérito. Entre 2007 e 2011, isto é entre 0 e 4 anos antes do inquérito, a taxa de fecundidade por idade nas mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 188 por mil. Nas faixas etárias de 20 a 34 anos as taxas de fecundidade por idade se mantiveram mais ou menos constantes nas últimas décadas.

Tabela 3.2 Tendência da fecundidade

Taxas de fecundidade por idade para períodos quinquenais anteriores ao inquérito, Angola 2011

Idade da mãe ao nascimento	Número de anos anteriores ao inquérito			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	188	151	162	155
20-24	274	258	274	258
25-29	261	263	268	270
30-34	244	242	263	[273]
35-39	194	196	[234]	
40-44	96	[175]		
45-49	[68]			

Note: As taxas de fecundidade idade representam o número de nascimentos por 1.000 mulheres. As taxas em colchetes são truncadas.

3.3 DIFERENCIAIS DE FECUNDIDADE

Na Tabela 3.3 comparam-se os índices sintéticos de fecundidade, as percentagens de mulheres grávidas e o número médio de filhos nascidos vivos por mulheres de 40 a 49 anos. Igualmente apresenta-se os diferenciais por residência, nível de escolaridade e situação socioeconómica das mulheres. Estes indicadores em conjunto descrevem diferentes aspectos do comportamento reprodutivo das mulheres Angolanas. O número médio de filhos por mulher de 40 a 49 anos denota a fecundidade cumulativa final da coorte que se aproxima do fim do seu período de procriação e, como se explicou mais acima, o ISF provê um indicador sintético da fecundidade actual.

As disparidades regionais observadas na Tabela 3.3 revelam que existem dois padrões demográficos: Luanda e o resto do País. As três regiões fora da província de Luanda mostram índices sintéticos de fecundidade ao redor de sete. A fecundidade mais alta observa-se na região hiperendémica, com um ISF de 7,5. Entretanto em Luanda esse índice é de 4,4. No entanto, 11% das mulheres em idade de procriação estavam grávidas no momento do inquérito em Luanda, comparado com 20%, 18% e 17% nas regiões mesoendémica instável, mesoendémica estável e hiperendémica, respectivamente.

Os dados apresentados na Tabela 3.3 mostram que o número médio de filhos nascidos vivos por mulher dos 40-49 anos é menor que o índice sintético de fecundidade, em todas as regiões com a excepção de Luanda. Isto sugere que a fecundidade fora da capital está a aumentar em Angola, porque como foi explicado mais acima, o primeiro indicador mostra a fecundidade passada, isto é a fecundidade completa da coorte que está quase ao final da sua vida reprodutiva. Pelo contrário, o ISF é um indicador sumário dos padrões de fecundidade actuais e designa o número de filhos que as mulheres em idade de procriação vão ter ao longo da sua vida reprodutiva. Na região hiperendémica o número médio de filhos nascidos vivos por mulher de 40-49 anos é de 5,8, comparado com um ISF de 7,5. Isto sugere que o aumento da fecundidade nessa região tem sido de 30%.

Conforme às tendências geralmente encontradas, o nível de escolarização das mulheres está negativamente correlacionado com os níveis de fecundidade; em outras palavras, a fecundidade baixa a medida que o nível de escolaridade aumenta. Assim, o ISF das mulheres não escolarizadas é de 8,0 comparado com um índice de 3,3 das mulheres que alcançaram o nível secundário ou superior. Isto significa que as mulheres não escolarizadas têm em média quase cinco filhos a mais que as mulheres que alcançaram ou passaram o nível secundário. Seguindo a mesma tendência, 17% das mulheres sem

formação ou com formação primária estavam grávidas no momento do inquérito, comparado com 12% das mulheres que alcançaram o nível secundário ou superior.

A situação socioeconómica das mulheres também está negativamente associada à fecundidade. O ISF é de 8,0 nas mulheres do quintil de riqueza mais baixo, comparado com um índice de 4,5 nas mulheres do quintil de riqueza mais alto.

Tabela 3.3 Fecundidade por características seleccionadas

Índice sintético de fecundidade para os três anos anteriores ao inquérito, percentagem de mulheres actualmente grávidas e número médio de filhos nascidos vivos para mulheres de 40-49 anos de idade, por características seleccionadas, Angola 2011

Características	Índice sintético de fecundidade	Percentagem de mulheres actualmente grávidas	Número médio de filhos nascidos vivos por mulher de 40-49 anos
Residência			
Urbano	4,6	11,5	5,5
Rural	7,7	19,7	6,3
Região			
Hiperendémica	7,5	16,7	5,8
Mesoendémica estável	6,7	17,7	6,1
Mesoendémica instável	7,0	19,9	6,6
Luanda	4,4	10,6	5,4
Formação			
Sem formação	8,0	17,2	6,0
Primário	6,6	16,8	6,1
Secundário ou mais	3,3	12,4	5,0
Quintil de riqueza			
Mais baixo	8,0	18,4	6,2
Segundo	7,3	19,5	6,3
Médio	7,6	17,5	6,0
Quarto	6,7	15,3	6,0
Mais alto	4,5	14,1	5,6
Total	6,3	16,1	5,9

Nota: Os índices referem-se ao período de 1-36 meses anteriores à entrevista.

MALÁRIA 4

O IIMA 2011 recolheu informações sobre os meios de prevenção contra a malária por meio da pulverização, posse e utilização de MTI, o uso do TIP durante a gravidez, bem como a prevalência e tratamento de febres em crianças menores de cinco anos. Para avaliar a prevalência da malária e da anemia nas crianças entre 6-59 meses de idade foram recolhidas amostras de sangue para a testagem de malária através do uso de testes rápidos de diagnóstico (TRD) e a leitura de lâminas por gota espessa. A verificação dos níveis da hemoglobina foi feita utilizando aparelhos *HemoCue®.* Os resultados estão apresentados neste capítulo.

4.1 PULVERIZAÇÃO INTRA-DOMICILIÁRIA COM INSECTICIDA DE EFEITO RESIDUAL (PID)

A pulverização intra-domiciliária com insecticida de acção residual consiste na fumigação nas paredes interiores das habitações para interromper a transmissão da malária, matando as fêmeas adultas de mosquitos. Apenas as fêmeas de mosquitos são hematófagas, porque elas necessitam de sangue para a maturação dos ovos. Normalmente os mosquitos descansam nas paredes das casas depois de se alimentar, e matando-os com insecticida evita-se que eles infectem outras pessoas. A experiencia em muitos países africanos tem demonstrado a eficácia deste método (Guyatt et al., 2002; Lengeler et al., 2007; UNICEF and the Roll Back Malaria Partnership. 2007).

O PNCM preconiza o uso da PID nas áreas de risco epidémico das províncias do sul do país (Huila, Namibe, Cunene e K. Kubango) e em Luanda. Devido ao elevado custo, ela é feita de forma selectiva e ponderada. Dependendo da disponibilidade financeira, poder-se-á expandir a actividade para as áreas hiperendémicas. No entanto, alguns governos provinciais, por iniciativa própria, complementam o trabalho do PNCM, implementando programas de PID em áreas seleccionadas. Os piretróides sintéticos são os insecticidas de eleição. Angola não usa o DDT, ao contrário dos países da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC) que adoptaram o DDT como insecticida de escolha e de larga escala.

Segundo o PNCM (Ministério da Saúde/PNCM, 2011), a experiência de PID no país teve início em 2004, quando se implementaram acções limitadas em Benguela e Cabinda com o apoio de ONGs. A partir dos finais de 2005, fizeram-se duas campanhas de PID em larga escala: i) nas províncias da Huíla e Cunene, com apoio do PMI e do Fundo Global em colaboração com o PNCM – cobriu uma população de mais de meio milhão, em mais de 100.000 agregados familiares; ii) na província do Namibe, com apoio da OMS/FG foi coberta uma população de quase 200.000 e 25.000 agregados familiares. Desde esta altura o PMI estabeleceu um programa regular anual de PID nestas áreas.

Para obter informações da extensão do uso deste programa, os agregados familiares visitados foram interrogados para saber se técnicos especializados haviam pulverizado suas residências contra mosquitos durante o período de 12 meses anteriores à entrevista. A Tabela 4.1 mostra a percentagem de agregados familiares com habitações pulverizadas durante os 12 meses anteriores ao inquérito e a percentagem de agregados familiares com casas que tinham sido pulverizadas ou que tem pelo menos um MTI. Esta última coluna evidencia os agregados familiares que tem alguma forma de protecção contra os mosquitos que transmitem malária.

Em todo País, apenas 7% das habitações dos agregados foram sujeitos á pulverização intra-domiciliaria durante os 12 meses anteriores ao inquérito. A percentagem de agregados cujas residências foram pulverizadas é de 8 % em áreas urbanas e 6 % em áreas rurais. A pulverização intra-domiciliaria foi alta na região mesoendémica instável em relação as outras regiões, onde 10% dos agregados foram contemplados. Somente 4% dos agregados foram pulverizados na província de Luanda.

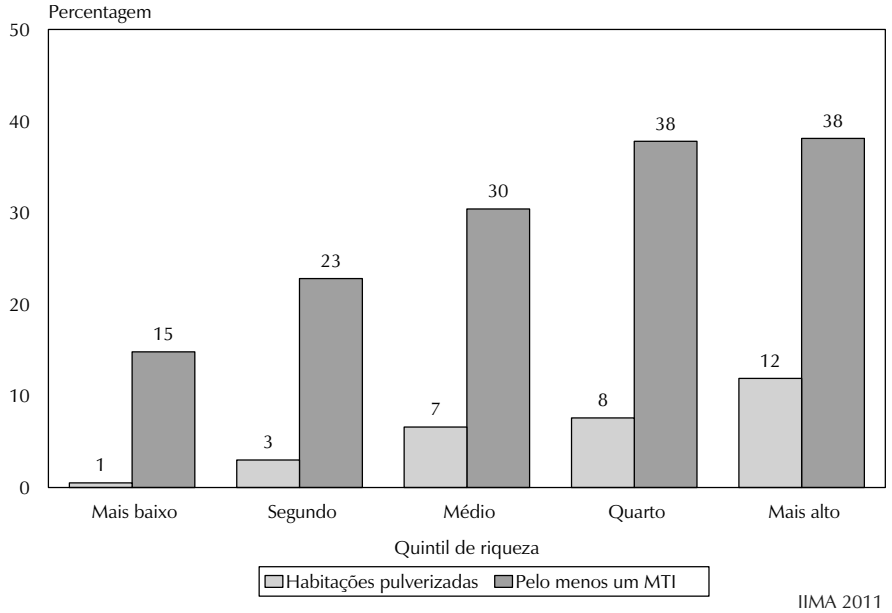
Tabela 4.1 Pulverização intra-domiciliaria com insecticida de efeito residual (PID)

Percentagem de agregados familiares cujas habitações foram pulverizadas com insecticida de efeito residual (PID) durante os últimos 12 meses e percentagem de agregados familiares com pelo menos um MTI ou que foram pulverizados nos últimos 12 meses, por características socioeconómicas e demográficas, Angola 2011

Características	Percentagem de agregados familiares com habitações pulverizadas nos últimos 12 meses	Percentagem de agregados familiares com pelo menos uma MTI ou pulverizados nos últimos 12 meses	Número de agregados
Residência			
Urbana	8,0	42,9	3.035
Rural	6,4	35,5	4.995
Região			
Hiperendémica	7,7	35,2	1.794
Mesoendémica estável	7,2	39,1	3.050
Mesoendémica instável	10,1	42,4	1.369
Luanda	3,6	36,8	1.817
Quintil de riqueza			
Mais baixo	0,5	15,3	1.138
Segundo	3,0	25,8	1.096
Médio	6,6	37,0	1.350
Quarto	7,6	45,4	2.219
Mais alto	11,9	50,0	2.221
Total	7,0	38,3	8.030

Nota-se que o uso de pulverização intra-domiciliar e o nível de protecção contra a malária estão directamente ligados à situação socioeconómica dos agregados familiares. Menos de 1% das casas dos agregados no quintil de riqueza mais baixo foram pulverizadas contra 12 % das casas do quintil mais alto. Apenas 15% dos agregados familiares usam prevenção contra a malária, seja por pulverização ou seja por utilização de redes mosquiteiras contra 50% dos agregados no quintil de riqueza mais alto, com se evidenciar no Gráfico 4.1.

Gráfico 4.1 Percentagem de agregados familiares cujas habitações foram pulverizadas ou que tem pelo menos um MTI



A Tabela 4.2 indica que na grande maioria dos casos (82%) as casas foram pulverizadas por entidades estatais, enquanto que 10% das casas foram pulverizadas por organismos não governamentais (ONG). No entanto a assistência do governo é ainda mais importante na região hiperendémica e no meio rural, onde respectivamente 99% e 95% das residências foram pulverizadas por agências governamentais. Apenas 2% dos agregados afirmam que as suas residências foram pulverizadas por empresas privadas, o que demonstra a menor implicação do sector privado nas actividades de pulverização intra-domiciliaria.

Tabela 4.2 Procedência da pulverização intra-domiciliaria

Dentre os agregados familiares pulverizados, distribuição percentual segundo a procedência do serviço, por características socioeconómicas e demográficas, Angola 2011

Características	Trabalhador de saúde/ estado	Organização não governamental	Empresa privada	Outro	Não sabe	Total	Número de agregados familiares pulverizados nos últimos 12 meses
Residência							
Urbana	63,9	22,6	3,3	1,0	8,8	100,0	243
Rural	95,2	0,5	1,2	0,5	2,6	100,0	318
Região							
Hiperendémica	99,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	138
Mesoendémica estável	90,8	1,6	3,4	0,7	3,4	100,0	220
Mesoendémica instável	64,5	27,4	0,4	0,4	7,2	100,0	138
Luanda	50,0	23,0	5,4	2,7	18,9	100,0	65
Quintil de riqueza							
Mais baixo	*	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	6
Segundo	(100,0)	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	32
Médio	95,5	0,2	1,4	0,0	3,0	100,0	90
Quarto	76,9	15,0	2,0	0,0	6,1	100,0	169
Mais alto	77,7	11,8	2,7	1,5	6,4	100,0	264
Total	81,7	10,1	2,1	0,7	5,3	100,0	561

Nota: * Percentagem baseada em menos de 25 casos não ponderados não é apresentada.

4.2 POSSE DE REDES MOSQUITEIRAS

Numerosos estudos corroboram que o uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida é uma das maneiras mais efectivas de prevenção da malária nas áreas onde a infecção é corrente (Alonso et al, 1991; Nevill e al, 1996). Segundo algumas estimativas, o uso regular de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas pode reduzir a mortalidade das crianças menores de 5 anos de 20% (Lengeler, 2004). As redes mosquiteiras tratadas com insecticida (MTIs) podem ser redes mosquiteiras comuns impregnadas de insecticida ou redes mosquiteiras nas quais a fibra da rede é saturada com insecticida no momento da fabricação. Se estima a efectividade das redes mosquiteiras tratadas depois da manufacturação é de aproximativamente um ano, dependendo da frequência das lavadas. As redes mosquiteiras cujas fibras são saturadas no momento da manufacturação tem uma efectividade de mais ou menos cinco anos e por isso chamam-se redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração (MTILDs).

De acordo com o PNCM, a promoção do uso do mosquiteiro iniciou-se em 1999 com o suporte da UNICEF. O PNCM priorizou durante vários anos á distribuição e promoção do uso de MTIs nas crianças menores de cinco anos de idade e nas mulheres grávidas, por estas serem as mais vulneráveis à infecção. A partir de 2010 esta estratégia foi ampliada para cobrir toda população, em que se preconiza que em cada dois cidadãos haja pelo menos um mosquiteiro tratado com insecticida (Ministério da Saúde/PNCM, 2011).

Nos centros urbanos a população em geral pode adquirir MTIs através do sector comercial, enquanto nas zonas rurais a estratégia consiste na venda subvencionada pelas organizações não governamentais (ONGs), organizações comunitárias de base e associações locais, e em campanhas massivas de distribuição gratuita.

Também é feita a distribuição de MTIs às mulheres grávidas por rotina nos estabelecimentos de saúde durante visitas de cuidados pré natais, às mães de crianças menores de um ano no momento da vacina DPT3, e as mães de crianças menores de cinco anos no decorrer das campanhas de vacinação. O Ministério da Saúde e parceiros decidiram a implementação à escala nacional de um pacote de intervenções integradas, através da campanha denominada "Viva a Vida com Saúde", que ocorre desde 2006.

O questionário de agregados familiares do IIMA 2011 inseriu uma serie de perguntas referentes à posse, tipo, marca, e estado das redes mosquiteiras, além de perguntas sobre o uso durante a noite precedente à entrevista. Além das perguntas, os inquiridores fizeram verificação presencial das redes mosquiteiras que encontravam-se nas casas para examina-las, registar as marcas e constatar se as redes mosquiteiras tinham ou não tinham furos. A marca e o histórico do tratamento obtidos dos respondentes foram utilizados para classificar as redes mosquiteiras como tratadas ou não tratadas.

A Tabela 4.3 mostra a percentagem dos agregados com pelo menos uma rede mosquiteira de qualquer tipo, uma rede mosquiteira alguma vez tratada com insecticida, ou uma rede mosquiteira tratada com insecticida. Os dados mostram que 37 % dos agregados possui pelo menos uma rede mosquiteira e 12% dos agregados possui dois ou mais, tratadas ou não tratadas. Um pouco mais de um terço dos agregados (35%) tem pelo menos um MTI e 12% dos agregados possui mais de um MTI.

Esta tabela revela também que nas áreas urbanas 39% dos agregados possui pelo menos um MTI e 16% tem dois ou mais MTI, comparado com 32% e 9%, respectivamente, nas zonas rurais. Não existe uma diferença muito grande entre as regiões epidemiológicas do País, variando de 31% na região hiperendémica para 38% na região mesoendémica instável. Na mesma tabela observa-se também que a percentagem de agregados com mais de um MTI é maior na província de Luanda, onde 15% dos agregados tem dois ou mais MTI, comparado com 9% na região hiperendémica.

A posse de rede mosquiteira está estreitamente ligada à situação socioeconómica do agregado. Somente 15% dos agregados no quintil de riqueza mais baixo tem pelo menos um MTI, comparado com 45% dos agregados no quintil mais alto. A proporção de agregados com mais de um MTI é 10 vezes maior no quintil de riqueza mais alto em relação ao quintil mais baixo, de 20% e de 2%, respectivamente.

Em termos gerais, quase a totalidade dos agregados que têm redes mosquiteiras possuem aquelas tratadas com insecticida; as diferenças entre as percentagens de agregados que possuem redes mosquiteiras de qualquer tipo e as percentagens que possuem MTI são de apenas 2 % (37% comparado com 35%), e essas diferenças se mantêm pequenas independentemente da região ou do tipo de residência.

Tabela 4.3 Posse de mosquiteiros no agregado familiar

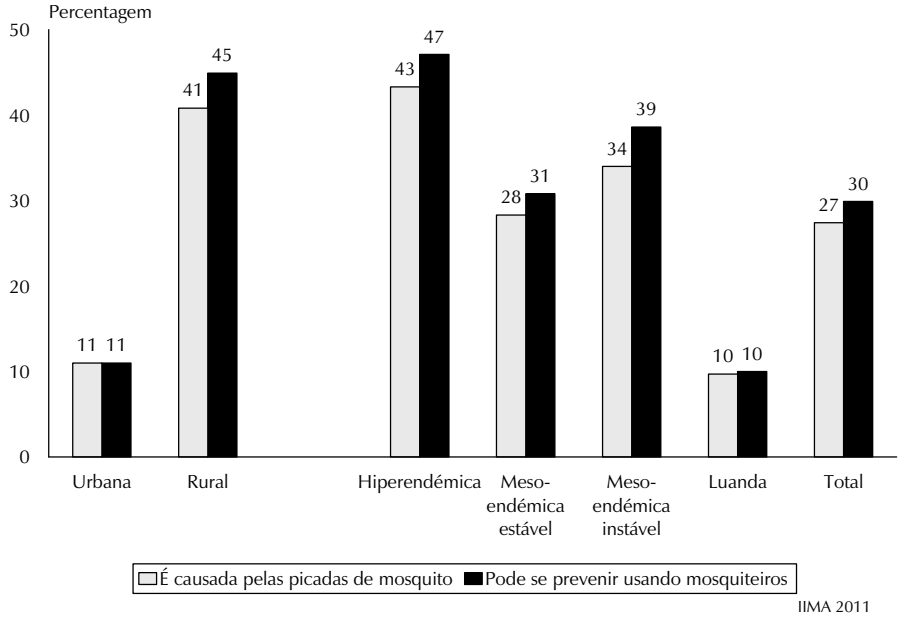
Percentagem de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro (tratado ou não tratado), um mosquiteiro alguma vez tratado com insecticida ou um mosquiteiro tratado com insecticida (MTI), e número médio de mosquiteiros por agregado, por características socioeconómicas e demográficas, Angola 2011

	Mosquiteiro de qualquer tipo			Mosquiteiro alguma vez tratado com insecticida			Mosquiteiro tratado com insecticida (MTI) [1]			
Características	Percentagem com pelo menos um	Percentagem com mais dum	Número de médio por agregado	Percentagem com pelo menos um	Percentagem com mais dum	Número de médio de MTI por agregado	Percentagem com pelo menos um	Percentagem com mais dum	Número de médio de MTI por agregado	Número de agregados
Residência										
Urbana	41,5	17,3	0,6	39,7	16,6	0,6	39,0	16,1	0,6	3.035
Rural	33,5	9,1	0,4	32,2	8,7	0,4	31,8	8,6	0,4	4.995
Região										
Hiperendémica	31,5	9,1	0,4	30,7	8,9	0,4	29,9	8,6	0,4	1.795
Mesoendémica estável	38,1	12,4	0,5	35,8	11,6	0,5	35,5	11,5	0,5	3.050
Mesoendémica instável	38,5	11,5	0,5	37,7	11,2	0,5	37,4	11,0	0,5	1.369
Luanda	37,3	15,4	0,6	35,9	15,0	0,6	35,3	14,6	0,5	1.816
Quintil de riqueza										
Mais baixo	16,3	2,2	0,2	15,0	1,9	0,2	14,8	1,8	0,2	1.138
Segundo	25,4	3,7	0,3	23,6	3,6	0,3	22,8	3,3	0,3	1.097
Médio	34,2	9,7	0,5	33,0	9,2	0,4	32,6	9,2	0,4	1.350
Quarto	43,3	14,1	0,6	42,4	13,6	0,6	41,8	13,4	0,6	2.219
Mais alto	47,0	21,2	0,7	44,8	20,3	0,7	44,4	19,9	0,7	2.221
Total	36,5	12,2	0,5	35,0	11,7	0,5	34,5	11,5	0,5	8.030

4.3 USO DE REDES MOSQUITEIRAS

Apesar de ser uma doença muito comum nos países africanos, na população geral o conhecimento das causas da malária é limitado. As pessoas frequentemente vêm os mosquitos como um insecto incómodo e fastidioso mas não como a causa de infecção. A malária é muitas vezes atribuída a causas inócuas como andar na água suja ou comer muito algumas frutas (Aikins et al., 1994). No caso de Angola, o IIMA 2011 encontrou que apesar da alta prevalência de malária, 27% das mulheres não reconhecem os mosquitos como agentes de transmissão desta doença. Como pode se observar no Gráfico 4.2, na região mesoendémica instável esta percentagem é de 34% e na região hiperendémica chega a 43%. Nota-se também neste gráfico que 30% das mulheres inquiridas não sabem que os mosquiteiros ajudam a proteger contra a malária. O desconhecimento do facto que os mosquitos além de ser fastidiosos podem causar doenças, contribui para que, as vezes as famílias não usem mosquiteiros, mesmo que os tenham disponíveis nas suas residências.

Gráfico 4.2 **Percentagem de mulheres inquiridas que não sabem que a málaria:**



Para conhecer a taxa de utilização das redes mosquiteiras, o IIMA 2011 questionou sobre o uso de redes mosquiteiras durante a noite antes da entrevista. Estes dados são apresentados nas tabelas 4.3 e 4.4 para avaliar o uso de redes mosquiteiras entre os dois grupos mais vulneráveis aos efeitos da malária, as crianças menores de 5 anos e as mulheres grávidas.

4.3.1 Crianças menores de cinco anos

As crianças pequenas são muito mais vulneráveis á malária que os adultos ou que as crianças em idades mais avançadas. Um estudo recente, baseado na análise de numerosas investigações e estudos epidemiológicos, constatou que as consequências mais severas da malária *P. falciparum* se concentram nas idades mais jovens (Carneiro e al., 2010). Por esta razão se considera que as estratégias que procuram prevenir a transmissão de malária nas crianças podem alcançar resultados tangíveis na redução da morbilidade e mortalidade por causa da malária.

Uma das intervenções mais importantes na luta contra a malária em Angola nos últimos cinco anos tem sido a promoção e distribuição de MTI na maioria das províncias do País acompanhado de programas de comunicação e educação motivando á famílias de deixar as crianças menores dormir debaixo de redes mosquiteiras. A Tabela 4.4 analisa a proporção de crianças menores de 5 anos que dormiram debaixo de redes mosquiteiras durante a noite precedente á entrevista, segundo tipo da rede mosquiteira. No total, 27% das crianças dormiram debaixo de uma rede mosquiteira de qualquer tipo e 26% dormiram debaixo de um MTI.

Os resultados da Tabela 4.4 mostram que a medida que as crianças crescem dormem menos debaixo de redes mosquiteiras. Assim 38% das crianças dormiram de menos de um ano dormiram debaixo de um MTI, comparado com 17% das crianças de quatro anos. Uma possível explicação disto poderia ser que os adultos presumem que a vulnerabilidade das crianças é maior nas crianças menores de dois anos e os riscos da malária baixa com os anos e por isso as famílias dão prioridade às crianças mais novas na utilização de redes mosquiteiras.

Não há diferenças significativas entre o sexo, a área de residência e a região epidémica na utilização de MTI. Em geral, uma em cada quatro crianças menores de cinco anos (26%) dorme debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida.

Nos agregados familiares que têm pelo menos um MTI a maioria das crianças dormem debaixo dum MTI. No total do País, 68% das crianças que moram em agregados com MTI usam os mosquiteiros. Regionalmente, estas proporções variam entre 61% em Luanda e 71% na região mesoendémica estável.

Tabela 4.4 Uso de mosquiteiro por crianças

Percentagem de crianças menores de cinco anos que na noite anterior ao inquérito dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo, debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado com insecticida, debaixo dum mosquiteiro tratado com insecticida (MTI),; e da população em agregados familiares com pelo menos um MTI, percentagem que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior, por características socioeconómicas e demográficas, Angola 2011

	Crianças menores de cinco anos de idade nos agregados				Crianças menores de 5 anos em agregados familiares com pelo menos um MTI[1]	
Características	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	Percentagem que dormiu debaixo dum MTI[1] na noite anterior	Número	Percentagem que dormiu debaixo dum MTI[1] na noite anterior	Número
Idade em anos						
Menos de 1	39,4	38,2	37,7	1.573	75,5	786
1	30,9	30,0	29,6	1.700	68,8	731
2	27,6	26,9	26,5	1.800	62,8	760
3	20,9	20,4	20,0	1.718	50,3	684
4	17,4	17,0	16,7	1.721	45,4	632
Sexo						
Masculino	26,5	25,7	25,4	4.187	60,2	1.768
Feminino	27,5	26,8	26,4	4.326	62,5	1.827
Residência						
Urbana	30,7	29,5	28,9	2.811	59,9	1.358
Rural	25,2	24,7	24,4	5.702	62,3	2.237
Região						
Hiperendémica	24,8	24,5	23,8	1.898	61,5	735
Mesoendémica estável	28,1	27,0	26,8	3.426	65,1	1.412
Mesoendémica instável	27,5	27,1	26,9	1.626	58,9	741
Luanda	26,9	26,0	25,5	1.562	56,4	707
Quintil de riqueza						
Mais baixo	12,4	11,9	11,7	1.196	57,2	245
Segundo	18,8	18,4	17,9	1.150	62,1	331
Médio	24,6	23,6	23,4	1.590	59,7	623
Quarto	32,1	31,6	31,0	2.400	61,4	1.211
Mais alto	35,7	34,4	34,2	2.173	62,8	1.184
Total	27,0	26,3	25,9	8.512	61,4	3.595

Nota: a tabela se baseia nas crianças que dormiram a noite a noite anterior á entrevista no agregado.
[1] Um mosquiteiro tratado com insecticida (MTI) pode ser (1) um mosquiteiro tratado a partir da fábrica que não necessita de tratamento adicional (MTILD), ou (2) um mosquiteiro pré-tratado adquirida durante os últimos 12 meses, ou (3) um mosquiteiro que tenha sido impregnada com insecticida durante os últimos 12 meses

4.3.2 Mulheres grávidas

Durante a gravidez, a malária é mais frequente e mais grave. As mulheres grávidas têm duas ou três vezes maior risco de contrair malária grave do que as não grávidas, e a anemia associada a malária é comum. As mulheres grávidas e as suas crianças podem sofrer uma variedade de consequências prejudiciais devido á malária, incluindo anemia, prematuridade e baixo peso ao nascer, retardamento do desenvolvimento intra-uterino e risco elevado de mortalidade (Steketee, 2001).

Durante a gravidez, a malária pode variar de infecções assintomáticas até estados que põem as mulheres em risco de morte. Na zona endémica estável a maioria das mulheres tem desenvolvida suficiente imunidade natural de maneira que a infecção não provocasse sintomas, mesmo nas mulheres grávidas. Nesta zona o maior impacto da malária é a anemia causada pela malária e a presença de parasitas na placenta, o que contribui ao baixo peso ao nascer. Por outra parte, na zona de transmissão de malária instável as mulheres não adquirem suficiente imunidade e a infecção de malária em mulheres grávidas pode produzir sintomas graves e mesmo a morte (UNICEF and the Roll Back Malaria Partnership. 2007).

Devido à severidade com que a malária se manifesta durante a gravidez, o PNCM adoptou desde 2005 as estratégias da OMS, que visam reduzir o impacto da malária na gravidez tais como a morbi-mortalidade materna, infecção placentária, abortamentos espontâneos e baixo peso à nascença. Essas estratégias incluem o tratamento intermitente e preventivo (TIP), o uso de mosquiteiros tratados com insecticida (MTI), o manejo adequado de casos, assim como a Informação, Educação e Comunicação (IEC) para educar á população sobre prevenção e tratamento da malária. Actualmente há um esforço de coordenação com o Programa de Saúde Reprodutiva que já foi traduzido pela introdução de um novo livro de registo que contempla o TIP.

A Tabela 4.5 mostra a percentagem de mulheres grávidas que a noite antes do inquérito dormiram debaixo de uma rede mosquiteira de qualquer tipo, de uma rede mosquiteira alguma vez tratada ou debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida. Uma em cada quatro mulheres grávidas declarou ter dormido debaixo de um MTI a noite anterior ao inquérito, e essa proporção mantêm-se independentemente da região ou tipo de residência. Nos agregados que tinham pelo menos um MTI, um pouco mais de dois terços das mulheres grávidas (68%) declararam ter dormida debaixo de um MTI. De novo, as variações segundo a residência não são muito grandes. Entre os agregados com MTIs em Luanda, 61% das grávidas dormiram debaixo de uma rede mosquiteira, comparado com 71% na região Mesoendémica estável.

A situação socioeconómica do agregado se revela um factor determinante da utilização de MTI entre as mulheres grávidas. Assim, no quintil de riqueza mais baixo 14% das mulheres grávidas dormiram debaixo dum MTI a noite precedente ao inquérito, comparado com 33% das mulheres no quintil mais alto.

Tabela 4.5 Uso de mosquiteiros por mulheres grávidas

Percentagem de mulheres grávidas entre 15 e 49 anos que na noite anterior ao inquérito dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo, debaixo dum mosquiteiro tratado com insecticida (MTI), debaixo dum mosquiteiro tratado com insecticida de longa duração (MTILD), e em agregados familiares com pelo menos um MTI, percentagem que dormiu debaixo dum MTI na noite anterior, por características socioeconómicas e demográficas, Angola 2011

	Mulheres grávidas entre 15 e 49 anos nos agregados familiares				Mulheres grávidas entre 15 e 49 anos nos agregados familiares com pelo menos um MTI[1]	
Características	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	Percentagem que dormiu debaixo dum MTI[1] na noite anterior	Número	Percentagem que dormiu debaixo dum MTI[1] na noite anterior	Número
Residência						
Urbana	29,5	28,3	28,1	436	64,8	189
Rural	24,9	24,5	24,5	948	69,5	334
Região						
Hiperendémica	24,1	23,2	23,2	281	67,3	97
Mesoendémica estável	27,4	26,8	26,8	560	70,7	213
Mesoendémica instável	25,3	25,3	25,1	310	69,4	112
Luanda	27,7	26,6	26,2	233	60,5	101
Educação						
Sem formação	22,9	22,7	22,5	366	79,6	103
Primaria	27,6	26,7	26,6	821	64,4	339
Secundaria ou superior	27,5	27,0	27,0	198	66,7	80
Quintil de riqueza						
Mais baixo	14,3	13,9	13,9	181	(63,4)	40
Segundo	20,5	20,5	20,2	187	(76,4)	49
Médio	21,5	21,1	21,1	237	69,3	72
Quarto	30,0	28,8	28,5	376	66,5	162
Mais alto	33,8	33,2	33,2	404	67,1	200
Total	26,3	25,7	25,6	1.384	67,8	523

Nota: A tabela se baseia nas mulheres grávidas entre 15 e 49 anos que dormiram a noite anterior á entrevista no agregado.

[1] Um mosquiteiro tratado com insecticida (MTI) pode ser (1) um mosquiteiro tratado a partir da fábrica que não necessita de tratamento adicional (MTILD), ou (2) um mosquiteiro pré-tratada adquirida durante os últimos 12 meses, ou (3) um mosquiteiro que tenha sido impregnada com insecticida durante os últimos 12 meses

4.4 USO DE MEDICAMENTOS ANTIMALÁRICOS DURANTE A GRAVIDEZ.

A importância de prevenir a malária durante a gravidez já foi mencionada na Secção 4.3.2. A profilaxia ou tratamento intermitente preventivo (TIP) com Sulfadoxina Pirimetamina (SP) pode aliviar as consequências nefastas da malária nas mulheres infectadas durante a gravidez (Newman e al., 2003), e por isto a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda TIP nas regiões de alta prevalência da malária ainda. Este tratamento é efectivo e aplicável em Angola e o Ministério da Saúde recomenda que as mulheres grávidas sejam ministradas o tratamento intermitente preventivo (TIP) com SP/Fansidar pelo menos duas vezes, uma vez durante o segundo trimestre (16 a 18 semanas) e outra vez durante o terceiro trimestre (28 a 36 semanas) da gravidez.

Para obter informações sobre o uso de antimaláricos durante a gravidez, as mulheres que tiveram os seus partos durante os cinco anos antes do inquérito foram questionadas se haviam tomado

algum medicamento durante a gravidez para evitar que elas contraíssem a malária; caso tomaram, que tipos de medicamentos tinham tomado. Também foram inquiridas se os medicamentos recebidos faziam parte das consultas dos cuidados pré-natal. As mulheres que receberam SP / Fansidar numa consulta pré-natal foram consideradas como tendo recebido TIP.

A Tabela 4.6 mostra a percentagem de mulheres que tomaram algum tipo de medicamento antimalárico para prevenção, que tomaram SP/Fansidar, e de mulheres que receberam TIP durante a gravidez do seu último nascimento nos dois anos antes do inquérito. É de notar que em alguns casos obter informações sobre medicamentos pode ser problemático, porque alguns inquiridos poderão não ter sabido qual medicamento tomaram ou poderão não se lembrar do nome ou do tipo de medicamento recebido. No entanto, no caso do inquérito IIMA 2011 verificou-se que a grande maioria das mulheres interrogadas conseguiram designar espontaneamente os medicamentos recebido. Apenas 3% das respondentes não recordavam o nome do medicamento que tinham tomado, o que sugere que os dados apresentados nesta tabela são suficientemente fiáveis.

Tabela 4.6 Uso profiláctico de medicamento antimalárico e uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) durante a gravidez

Percentagem de mulheres entre 15 e 49 anos que tiveram pelo menos um filho nascido vivo durante os últimos dois anos, que tomaram medicamentos antimaláricos, que tomaram SP/Fansidar para tratamento intermitente preventivo (TIP) durante a gravidez, por características socioeconómicas e demográficas, Angola 2011

		Tratamento intermitente preventivo[1]				
Características	Percentagem que tomaram medicamentos para a prevenção de malária	Percentagem que tomaram SP/Fansidar	Percentagem que receberam pelo menos duas doses de SP/Fansidar	Percentagem que receberam SP/Fansidar durante uma visita de cuidados pré-natais	Percentagem que receberam pelo menos 2 doses de SP/Fansidar e receberam pelo menos uma dose durante uma visita de cuidados pré-natais	Número de mulheres que tiveram pelo menos um filho nascido vivo nos últimos dois anos
Residência						
Urbana	58,2	50,9	31,7	47,7	29,9	1.042
Rural	24,4	19,5	11,9	18,4	11,2	2.052
Região						
Hiperendémica	19,7	16,4	12,0	15,3	11,1	714
Mesoendémica estável	33,3	26,9	13,9	25,1	12,6	1.172
Mesoendémica instável	42,3	38,9	23,7	37,6	23,4	595
Luanda	53,1	43,6	30,2	40,5	28,7	613
Educação						
Sem formação	19,6	16,2	11,3	15,4	10,7	988
Primaria	39,3	32,2	19,6	30,1	18,3	1.780
Secundaria ou superior	66,0	61,0	35,0	57,4	33,9	326
Quintil de riqueza						
Mais baixo	18,1	15,5	8,4	14,9	7,8	420
Segundo	19,9	17,2	12,7	15,8	11,3	402
Médio	25,6	21,3	13,7	20,5	13,2	590
Quarto	44,8	37,3	22,7	35,3	22,0	929
Mais alto	51,2	43,1	26,1	39,8	24,2	752
Total	35,8	30,1	18,6	28,3	17,5	3.094

[1] O tratamento intermitente preventivo (TIP) consiste de duas doses ou mais de SP/Fansidar

No total, um pouco mais de um terço das mulheres (36%) que tiveram o seu último nascimento nos dois anos antes do inquérito tomaram medicamentos antimaláricos durante a gravidez. A proporção de mulheres que receberam pelo menos duas doses de SP / Fansidar e com pelo menos uma dose feita durante uma visita de cuidados pré-natais é de 18%.

As disparidades segundo residência, educação e riqueza são importantes. As mulheres que receberam pelo menos uma dose de SP/Fansidar durante uma visita pré-natal chegam a 30% nas áreas urbanas, contra apenas 11% nas áreas rurais. Observando por regiões constata-se 29% em Luanda, contra 11% da região hiperendémica. De igual modo, identificou-se que 34% das mulheres com estudos secundários ou mais receberam TIP durante uma visita pré-natal, contra apenas 11% das mulheres sem formação. No que respeita a situação socioeconómica, 8% das mulheres no quintil de riqueza mais baixo receberam TIP durante uma visita pré-natal, comparado com 24% das mulheres do quintil mais alto.

Analisando por região, notam-se diferenças igualmente importantes: 29% das mulheres em Luanda receberam TIP durante uma visita pré-natal, comparado com 11% das mulheres na região hiperendémica. Estas percentagens para as regiões mesoendémica estável e mesoendémica instável foram 13% e 23%, respectivamente.

4.5 PREVALÊNCIA E TRATAMENTO PONTUAL DE FEBRE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS

A febre é o principal sintoma da malária nas crianças menores de cinco anos, embora esta possa ocorrer na incidência de muitas outras patologias. A orientação da Organização Mundial da Saúde é que o tratamento deve ser feito na base de diagnóstico confirmado, no entanto recomenda-se que em regiões de alto risco de malária onde os recursos são limitados, o diagnóstico clínico da malária se baseasse na história de febre nas 24 horas precedentes. O atraso no inicio do tratamento das crianças pode ter consequências fatais, particularmente nos casos de infecção severa, e por esta razão se recomenda que em caso de febre o tratamento comece dentro das 24 horas do inicio da febre. Recomenda-se antimaláricos em combinação com artemisinina (World Health Organization, 2010).

De acordo com o PNCM, em Angola, a quimioresistência do plasmodium falciparum à cloroquina foi detectada pela primeira vez em 1984. No período compreendido ente 2002 e 2004 foram feitos estudos de eficácia terapêutica relativos à cloroquina, amodiaquina, sulfadoxina pirimetamina e as combinações com base na artemisinina, respectivamente a amodiaquina e artemisinina, e lumefantrina e artemether. O PNCM adoptou em 2010 a orientação da OMS para o uso de antimaláricos em combinação com artemisinina (Ministério da Saúde/PNCM, 2011).

O IIMA 2011 procurou saber junto das mães das crianças menores de cinco e que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito, se estas tinham ido a consulta e se for o caso que medidas foram tomadas para tratar a febre e quanto tempo depois do inicio das febres o medicamento foi dado. A Tabela 4.7 mostra a percentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram febres nas duas semanas anteriores ao inquérito, a percentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram febres e que haviam tomado medicamentos antimaláricos e a percentagem de crianças menores de cinco anos que receberam tratamento logo após o início da doença. Um pouco mais de um terço das crianças (34%) tiveram febre durante as duas semanas precedentes ao inquérito. Nota-se que 40% das crianças tiveram febre na região mesoendémica instável, contra 31% na região hiperendémica.

A prevalência de febre se mantém mais ao mesmo a um terço, independentemente da área de residência, educação da mãe ou situação socioeconómica do agregado, mas varia como a idade da criança. Entre as crianças de 12 a 23 meses, 46%, isto é quase a metade, tiveram febre nas duas semanas precedentes. Nas crianças de 36 meses ou mais a prevalência da febre é mais baixa e uma de cada quatro tiveram febre nas duas semanas precedentes.

Tabela 4.7 Prevalência, diagnóstico e tratamento pontual de crianças com febre

Percentagem de crianças menores de cinco anos com ocorrência de febres nas duas semanas anteriores ao inquérito, e dentre as crianças com febres a percentagem que receberam antimaláricos e percentagem que receberam antimaláricos no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre, por características socioeconómicas e demográficas, Angola 2011

	Dentre as crianças menores de cinco anos:		Dentre as crianças menores de cinco anos com febres nas duas semanas anteriores ao inquérito:		
Características	Percentagem com ocorrência de febres nas duas semanas anteriores ao inquérito	Número de crianças	Percentagem que receberam antimaláricos	Percentagem que receberam antimaláricos no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre	Número de crianças menores de 5 anos
Idade em meses					
Menos de 12	35,8	1.492	27,4	15,7	534
12-23	45,7	1.569	29,0	17,0	717
24-35	37,9	1.639	27,9	16,8	621
36-47	25,0	1.563	26,8	15,6	390
48-59	25,7	1.519	30,3	16,3	390
Sexo					
Masculino	34,2	3.867	27,6	15,9	1.322
Feminino	34,0	3.915	29,0	16,8	1.330
Residência					
Urbana	33,2	2.573	43,6	27,3	855
Rural	34,5	5.209	21,0	11,2	1.797
Região					
Hiperendémica	31,2	1.768	16,7	8,4	552
Mesoendémica estável	33,0	3.120	30,4	20,5	1.029
Mesoendémica instável	40,1	1.477	20,1	9,1	593
Luanda	33,8	1.417	47,3	25,6	479
Educação da mãe					
Sem formação	31,7	1.768	16,7	8,6	819
Primaria	35,6	3.120	30,4	16,7	1.551
Secundaria ou superior	33,4	848	54,2	37,0	283
Quintil de riqueza					
Mais baixo	34,2	1.104	16,8	11,3	378
Segundo	35,3	1.040	18,2	10,6	367
Médio	35,5	1.472	21,6	10,5	523
Quarto	34,3	2.213	32,7	17,8	760
Mais alto	32,0	1.950	41,5	25,9	625
Total	34,1	7.782	28,3	16,4	2.652

Apesar das semelhanças em relação à prevalência da febre, o tratamento dado às crianças doentes diferençam-se claramente segundo as regiões e o estrato socioeconómico da mãe. Nas áreas urbanas 27% das crianças com febre receberam antimaláricos no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre, contra apenas 11% das crianças do meio rural; 26% das crianças com febre em Luanda receberam antimaláricos no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre, comparado com apenas 8% na região hiperendémica. Estas proporções são de 9% nas crianças de mulheres sem formação, contra 37% nas crianças de mulheres com formação secundária ou superior. No quintil de riqueza mais baixo 11% das crianças receberam antimaláricos no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre, comparado com 26% das crianças no quintil de riqueza mais alto.

A Tabela 4.8 mostra o tipo de medicamentos antimaláricos ministrados às crianças com febre duas semanas antes do inquérito e a proporção de crianças com febres a quem foram ministradas medicamentos antimaláricos no mesmo dia ou um dia depois de a febre ter-se iniciado. A mesma

tabela indica que 22% das crianças receberam terapia combinada com base de Artemisinina (ACT) e 12% receberam ACT no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre, como recomendado pelas directivas do Ministério da Saúde. As desigualdades segundo o nível de escolaridade e a situação socioeconómica da mãe são muito grandes. Somente 5% das crianças de mães sem formação receberam ACT no mesmo dia ou dia posterior ao inicio da febre contra 30% das crianças cuja mães têm formação secundaria ou superior. Estas percentagens são respectivamente de 3% e 22% para as crianças dos quintiles de riqueza mais baixo e mais alto.

Só uma proporção reduzida das crianças recebeu outros medicamentos tais como SP/Fansidar, Cloroquina ou Quinina no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre (1%, 2% e 2%, respectivamente).

Tabela 4.8 Tipo de antimalárico e tempo de medicação para as crianças com febres

Dentre as crianças menores de cinco anos com febres nas duas semanas anteriores ao inquérito, a percentagem que receberam medicamentos antimaláricos específicos e percentagem que recebeu os antimaláricos no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre, por características socioeconómicas e demográficas, Angola 2011

	Percentagem de crianças que receberam antimaláricos					Percentagem de crianças que receberam antimaláricos no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre					
Características	SP/ Fansidar	Cloro-quina	Quinina	ACT[1]	Outro anti-malárico	SP/ Fansidar	Cloro-quina	Quinina	ACT[1]	Outro anti-malárico	Número de crianças
Idade em meses											
Menos de 12	0,8	1,7	4,9	17,2	4,1	0,6	1,7	2,4	9,2	2,5	534
12-23	1,1	2,5	1,9	23,0	2,2	0,8	2,0	1,2	12,6	0,9	717
24-35	1,2	2,6	1,5	22,3	2,3	0,8	1,5	1,1	12,8	1,5	621
36-47	0,8	2,6	3,8	20,8	1,2	0,5	1,3	2,7	11,3	0,6	390
48-59	0,5	3,7	1,8	25,3	0,7	0,0	2,4	1,1	13,2	0,2	390
Sexo											
Masculino	1,1	2,3	2,9	20,8	2,2	0,7	1,6	1,7	11,7	1,2	1.322
Feminino	0,8	2,8	2,4	22,5	2,2	0,6	2,0	1,5	12,0	1,3	1.330
Residência											
Urbana	1,6	0,8	5,0	35,2	4,6	1,2	0,4	3,6	21,3	2,8	855
Rural	0,6	3,4	1,5	15,2	1,1	0,3	2,4	0,7	7,4	0,5	1.797
Região											
Hiperendémica	0,6	0,1	2,9	12,9	1,6	0,2	0,1	1,8	5,7	0,8	552
Mesoendémica estável	1,0	5,5	2,7	21,3	1,3	0,7	3,9	1,8	14,1	0,8	1.029
Mesoendémica instável	0,2	0,4	1,4	17,4	1,7	0,2	0,4	0,6	7,6	0,6	592
Luanda	2,1	1,5	3,8	37,9	5,7	1,5	0,8	2,5	19,4	3,4	479
Educação da mãe											
Sem formação	0,4	3,3	1,2	11,6	1,4	0,1	2,3	0,7	5,3	0,6	819
Primaria	1,1	2,4	2,6	22,7	2,1	0,7	1,7	1,5	12,1	1,1	1.551
Secundaria ou superior	1,6	1,0	6,9	45,5	5,1	1,3	0,6	5,1	29,7	3,6	283
Quintil de riqueza											
Mais baixo	0,0	9,4	1,0	6,1	1,0	0,0	7,2	0,8	3,1	0,3	378
Segundo	0,0	4,3	1,8	12,0	1,6	0,0	2,5	0,5	6,4	1,2	367
Médio	1,3	1,5	2,5	15,9	1,2	0,7	1,1	1,2	6,9	0,6	523
Quarto	0,7	0,7	3,2	26,3	4,2	0,6	0,4	2,1	13,9	2,0	760
Mais alto	2,1	0,6	3,6	36,0	1,9	1,3	0,3	2,7	22,0	1,3	625
Total	0,9	2,5	2,7	21,7	2,2	0,6	1,8	1,6	11,8	1,2	2.652

[1] ACT = Terapia combinada com base de Artemisinina

4.6 PREVALÊNCIA DA MALÁRIA E DA ANEMIA NAS CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS

Os resultados apresentados nesta secção se baseiam na leitura de lâminas por gota espessa realizada no laboratório do Instituto Nacional de Saúde (INS). Ao nível nacional, apurou-se que 10% das crianças testadas apresentaram resultados positivos para malária. A prevalência tende a aumentar com a idade da criança, de 8% nas crianças dos 6 aos 23 meses a 12% nas crianças dos 36 aos 59 meses. Isto poderia se explicar pelo facto de que as crianças mais velhas dormem debaixo de mosquiteiros menos frequentemente que as crianças mais novas, como foi observado na Secção 4.3.1.

As disparidades geográficas são muito grandes. A prevalência da malária é muito maior nas zonas rurais (14 %) do que nas zonas urbanas (1,4%) e também muito maior na região Hiperendémica (16%) que em a Luanda (2%). Com respeito ao nível socioeconómico, nota-se grandes diferenças entre os quintiles de riqueza mais baixos e os mais altos. A prevalência de malária é de 15% e 20% nos quintiles mais baixo e segundo, respectivamente, comparado com 5% e 3% no quintiles quarto e mais alto. Esta diferença se explica também pelo facto das crianças mais pobres serem geralmente residentes de áreas rurais, onde a exposição ao risco da malária é maior.

Embora a malária não seja a única causa da anemia, as crianças infectadas da malária correm um maior risco de sofrer de anemia. Isto se confirma com os resultados da Tabela 4.9, os quais indicam que os lugares de maior prevalência de malária mostram também uma maior proporção de casos de anemia severa. Assim, 1,5% das crianças em áreas urbanas apresentaram níveis de hemoglobina menor de 8 gramas por decilitro (8.0 g/dl), contra o 3,1% das crianças em áreas rurais. A mesma tabela revela também que 4% das crianças na região hiperendémica apresentaram níveis de hemoglobina menor de 8.0 g/dl, contra o 2% das crianças em Luanda. Como seria de esperar, a anemia é mais frequente nos estratos sociais mais baixos: 5% das crianças do quintil de riqueza mais baixo sofrem de anemia severa, comparado com 2% das crianças do quintil mais alto.

Tabela 4.9 Prevalência de malária e de anemia nas crianças

Percentagem de casos positivos por malária baseado na leitura de lâminas de gota espessa, nível médio de hemoglobina e percentagem com nível de hemoglobina de menos de 8.0 g/dl entre as crianças de 6 a 59 meses, por características socioeconómicas e demográficas Angola 2011

Características	Percentagem de casos positivos por malária[1]	Número de crianças testadas	Nível médio de hemoglobina	Percentagem com hemoglobina <8.0 g/dl[1]	Número de crianças testadas
Idade em meses					
6 – 11	8,3	414	10,2	5,2	412
12 – 23	8,0	795	10,5	3,2	794
24 – 35	10,2	783	11,0	2,1	780
36-47	11,5	724	11,2	2,1	725
48-59	11,8	777	11,3	1,6	774
Sexo					
Masculino	10.6	1.695	10,8	3,3	1.690
Feminino	9.6	1.798	11,0	2,0	1.794
Residência					
Urbana	1.4	1.078	10,8	1,5	1.073
Rural	14.0	2.415	10,9	3,1	2.412
Região					
Hiperendémica	15.8	735	10,9	3,6	739
Mesoendémica estável	10.6	1.484	10,9	2,5	1.476
Mesoendémica instável	9.7	719	11,2	2,6	720
Luanda	1.8	555	10,5	1,6	550
Quintil de riqueza					
Mais baixo	15.4	554	10,9	4,6	551
Segundo	19.5	485	10,8	3,5	479
Médio	14.5	662	10,9	2,6	660
Quarto	5.4	947	10,9	1,8	947
Mais alto	3.1	846	11,0	1,8	848
Total	10,1	3.493	10,9	2,6	3.485

[1] As testagens de malária e de anemia foram feitas numa sub-amostra de 33% dos agregados familiares. Só incluiu as crianças *de facto* testadas no momento das visitas aos agregados durante o inquérito. Os resultados de malária foram obtidos da leitura de lâminas de gota espessa A prevalência de anemia se baseia nos níveis de hemoglobina, os quais são medidos em gramas por decilitro (g/dl).

EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE MALÁRIA NOS ÚLTIMOS QUATRO ANOS 5

5.1 PULVERIZAÇÃO INTRA-DOMICILIÁRIA COM INSECTICIDA DE EFEITO RESIDUAL

A Tabela 5.1 mostra a percentagem de agregados cujas habitações foram pulverizadas durante os 12 meses anteriores ao inquérito segundo a informação dos dois inquéritos. A proporção de agregados pulverizados triplicou de 2% para 7% no total do País, mas a variação ocorreu de maneira diferente a nível regional. A proporção de agregados pulverizados aumentou dez vezes na região mesoendémica estável, de 0,7% a 7,2%, mas se manteve inalterada na região mesoendémica instável.

Tabela 5.1 Pulverização intra-domiciliaria com insecticida de efeito residual (PID)

Percentagem de agregados familiares cujas habitações foram pulverizadas com insecticida de efeito residual (PID) durante os 12 meses antes do inquérito, por residência e região, Angola 2006-07 e 2011

	Percentagem de agregados familiares com habitações pulverizadas nos últimos 12 meses			
Características	2006-07	N	2011	N
Residência				
Urbana	3,6	1.301	8,0	3.035
Rural	1,0	1.298	6,4	4.995
Região				
Hiperendémica	1,4	498	7,7	1.794
Mesoendémica estável	0,7	928	7,2	3.050
Mesoendémica instável	10,0	360	10,1	1.369
Luanda	1,3	813	3,6	1.817
Total	2,3	2.599	7,0	8.030

5.2 POSE DE REDES MOSQUITEIRAS TRATADAS COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO

No todo, a proporção de agregados com pelo menos uma rede mosquiteira tratada com insecticida cresceu de 28% para 35%, mas as tendências regionais mostram uma grande divergência. A pose de MTI diminuiu visivelmente, de 51% para 30%, na região hiperendémica, o que representa uma queda de 41%. Por outro lado nas outras regiões aumentou, de 20% para 36% na região mesoendémica estável, de 23% para 37% na região mesoendémica instável e de 23% para 35% em Luanda.

Tabela 5.2 Pose de mosquiteiro tratado com insecticida no agregado familiar

Percentagem de agregados familiares com mosquiteiros tratados com insecticida, seja MTI ou MTILD, por residência e região, Angola 2006-07 e 2011

	2006-07			2011		
Características	Percentagem com pelo menos um mosquiteiro tratado	Percentagem de agregados familiares com mais dum mosquiteiro tratado	N	Percentagem com pelo menos um mosquiteiro tratado	Percentagem de agregados familiares com mais dum mosquiteiro tratado	N
Residência						
Urbana	29,1	12,5	1,301	39,0	16,1	3.035
Rural	25,9	9,3	1,298	31,8	8,6	4.995
Região						
Hiperendémica	51,0	21,4	498	29,9	8,6	1.795
Mesoendémica estável	20,4	7,3	928	35,5	11,5	3.050
Mesoendémica instável	22,6	10,1	360	37,4	11,0	1.369
Luanda	23,4	9.0	813	35,3	14,6	1.816
Total	27,5	10,9	2.599	34,5	11,5	8.030

5.3 USO DE REDES MOSQUITEIRAS PELAS CRIANÇAS

A proporção de crianças menores de cinco anos que dormiram debaixo duma rede mosquiteira a noite precedente ao inquérito aumentou visivelmente em todo o País, com a excepção da região hiperendémica. Nesta região a percentagem de crianças que dormiram debaixo duma rede mosquiteira baixou de 34% para 24%. Pelo contrário, na região mesoendémica instável a proporção de crianças protegidas por mosquiteiros triplicou, de 9% em 2006/07 para 27% em 2011 e em Luanda esta proporção duplicou, de 13% para 26%.

Tabela 5.3 Uso de mosquiteiro por crianças

Percentagem de crianças menores de cinco anos que na noite anterior ao inquérito dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo ou dum mosquiteiro tratado com insecticida, seja MTI ou MTILD, por residência e região, Angola 2006-07 e 2011

	2006-07			2011		
Características	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro tratado	N	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro tratado	N
Sexo						
Masculino	20,5	18,0	1.372	26,5	25,4	4.187
Feminino	20,8	17,5	1.368	27,5	26,4	4.326
Residência						
Urbana	19,2	16,7	1.287	30,7	28,9	2.811
Rural	22,0	18,7	1.452	25,2	24,4	5.702
Região						
Hiperendémica	36,5	33,8	577	24,8	23,8	1.898
Mesoendémica estável	17,8	15,6	950	28,1	26,8	3.426
Mesoendémica instável	14,6	9,4	456	27,5	26,9	1.626
Luanda	16,0	13,2	756	26,9	25,5	1.562
Total	20,7	17,2	2.739	27,0	25,9	8.512

5.4 USO DE REDES MOSQUITEIRAS PELAS MULHERES GRÁVIDAS

Considerando o País em geral, a utilização de redes mosquiteiras por mulheres grávidas permaneceu quase estacionária: de 25% em 2006/07 e 26% em 2011. No entanto as variações entre as regiões foram importantes. A proporção de mulheres grávidas que dormiram debaixo de um MTI a noite precedente ao inquérito diminuiu de 39% para 23% na região hiperendémica mas aumentou de 12% para 25% na região mesoendémica instável e de 9% para 26% em Luanda.

Tabela 5.4 Uso de mosquiteiro pelas mulheres grávidas

Percentagem de mulheres grávidas que na noite anterior ao inquérito dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo ou dum mosquiteiro tratado com insecticida, seja MTI ou MTILD, por residência e região, Angola 2006-07 e 2011

	2006-07			2011		
Características	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro tratado	N	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo	Percentagem que dormiu debaixo dum mosquiteiro tratado	N
Residência						
Urbana	17,9	14,8	101	29,5	28,1	436
Rural	28,7	26,4	168	24,9	24,5	948
Região						
Hiperendémica	41,8	38,8	62	24,1	23,2	281
Mesoendémica estável	24,1	23,5	101	27,4	26,8	560
Mesoendémica instável	16.5	11,7	52	25,3	25,1	310
Luanda	13,6	9.9	54	27,7	26,2	233
Total	24,6	22,0	269	26,3	25,6	1.384

5.5 USO DE MEDICAMENTOS ANTIMALÁRICOS DURANTE A GRAVIDEZ

O uso de tratamento preventivo intermitente estendeu-se consideravelmente durante os quatro anos entre os dois inquéritos, de 3% em 2006/07 para 18% em 2011. O aumento foi robusto em todo o País mas foi particularmente importante na região mesoendémica instável, onde a proporção de mulheres que receberam pelo menos duas doses de SP/Fansidar e receberam pelo menos uma das doses durante uma visita de cuidados pré-natais aumentou de 1% em 2006/07 para 23% em 2011. Em Luanda o incremento durante esse período foi de 2% para 29%.

Tabela 5.5 Uso profiláctico de medicamento antimalárico e uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) durante a gravidez

Entre as mulheres entre 15 e 49 anos que tiveram pelo menos um filho nascido vivo durante os últimos dois anos, percentagem que tomaram medicamentos antimaláricos de qualquer tipo e percentagem que receberam pelo menos duas doses de SP/Fansidar para tratamento intermitente preventivo (TIP) durante uma consulta pré-natal (CPN) na última gravidez, por residência e região, Angola 2006-07 e 2011

	2006-07			2011		
Características	Percentagem que recebeu só uma dose de SP/ Fansidar	Percentagem que recebeu pelo menos 2 doses de SP/Fansidar e receberam pelo menos uma dose durante uma visita de cuidados pré-natais	N	Percentagem que recebeu só uma dose de SP/ Fansidar	Percentagem que recebeu pelo menos 2 doses de SP/Fansidar e receberam pelo menos uma dose durante uma visita de cuidados pré-natais	N
Residência						
Urbana	5,6	3,9	438	47,7	29,9	1.042
Rural	3,0	1,4	543	18,4	11,2	2.052
Região						
Hiperendémica	6,1	5,3	203	15,3	11,1	714
Mesoendémica estável	2,7	1,9	374	25,1	12,6	1.172
Mesoendémica instável	3,7	1,1	162	37,6	23,4	595
Luanda	5,2	2,2	242	40,5	28,7	613
Total	4,2	2,5	981	28,3	17,5	3.094

5.6 TRATAMENTO PONTUAL DE FEBRE

Em geral os níveis de tratamento dado às crianças com febre não tiveram mudanças significativas entre 2006/07 e 2011. As percentagens de mães que declararam que seus filhos receberam um antimalárico durante o último episódio de febre foram de 29% e 28% em 2006/07 e 2011, respectivamente. No entanto, as percentagens de mães que declararam que seus filhos receberam terapia combinada com base de Artemisinina (ACT) no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre cresceram visivelmente, de 2% em 2006/07para 12% em 2011. A evolução foi especialmente importante na região mesoendémica estável, onde nenhuma criança tinha recebido ACTs no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre em 2006/07, mas 14% receberam esse tratamento em 2011. A evolução foi igualmente importante em Luanda, onde estas proporções passaram de 1% para 19% nos quatro anos do período de referência.

Tabela 5.6 Tratamento pontual de crianças com febre

Dentre as crianças com febres durante as duas semanas anteriores ao inquérito, percentagem que recebeu antimaláricos, percentagem que recebeu antimaláricos no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre, e percentagem que recebeu ACT no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre, por residência e região, Angola 2006-07 e 2011

	2006-07				2011			
Características	Percentagem que recebeu algum medicamento antimalárico	Percentagem que recebeu antimaláricos no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre	Percentagem que recebeu ACT no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre	N	Percentagem que recebeu algum medicamento antimalárico	Percentagem que recebeu antimaláricos no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre	Percentagem que recebeu ACT no mesmo dia ou no dia posterior ao início da febre	N
Residência								
Urbana	38,0	26,9	2,0	231	43,6	27,3	21,3	855
Rural	22,5	11,5	1,0	299	21,0	11,2	7,4	1.797
Região								
Hiperendémica	24,7	17,4	3,6	95	16,7	8,4	5,7	552
Mesoendémica estável	21,0	11,7	0,0	205	30,4	20,5	14,1	1.029
Mesoendémica instável	27,3	13,0	2,5	89	20,1	9,1	7,6	593
Luanda	45,6	31,6	1,4	141	47,3	25,6	19,4	479
Total	29,3	18,2	1,5	530	28,3	16,4	11,8	2.652

ACT = Terapia combinada com base de Artemisinina

5.7 PREVALÊNCIA DE MALÁRIA NAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Como já foi explicado na Secção 1.6.4 deste relatório, as crianças de 6 a 59 meses foram sujeitas a testes rápidos de diagnóstico (TRD) para determinar no campo se elas estavam infectadas pela malária. O mesmo procedimento foi utilizado em 2006/07, mas os TRDs usados nos dois inquéritos foram de diferentes tipos. O TRD usado no IIMA 2006/07 foi *Paracheck Pf* ® e o TRD usado no IIMA 2011foi o *SD Bioline Malaria Ag p.f./P.v* ®. Vários estudos demonstraram que a sensibilidade do *Paracheck Pf* é de mais de 90% (Proux e al. 2001; Nguisse et al. 2008). A sensibilidade estimada *SD Bioline Malaria Ag p.f./p.v,* segundo a informação de SD Bio Standard Diagnostics India é de 99.7% para plasmodium Falciparum e em 95.5% para outros parasites (ver nota ao pé de página 1). A alta sensibilidade dos dois produtos permite de ter confiança dos resultados de prevalência dos dois inquéritos. Nesta secção usamos dados baseados nos resultados dos TRDs, porque os resultados de prevalência para o inquérito de 2006/07 foram baseados somente no TRD e é necessário fazer comparações de dados obtidos a partir de metodologias comparáveis. É importante ressaltar que geralmente testes rápidos de diagnósticos identificam um maior número de casos positivos que as leituras por microscopia, porque os TRD detectam podem detectar antigenos do parasite mesmo nas pessoas já não estão infectadas. Isto explica as diferenças nas proporções de casos positivos apresentadas na Tabela 4.9 e na Tabela 5.7.

No total do País, a prevalência de malária nas crianças baixou de 21% ao 13% entre os dois inquéritos, o qual representa uma redução de quase 40%. Esta redução não foi uniforme quando se comparam as diferentes regiões. Na região hiperendémica a prevalência baixou de 31% para 23%. Por outro lado em Luanda, que já em 2006/07 tinha a prevalência mais baixa do País, a prevalência decresceu de 6% para 2%, o que quer dizer que a prevalência actual é apenas um terço do que era quatro anos antes. Na região mesoendémica instável a prevalência de parasitemia baixou mais da metade, 21% para 8% entre 2006/07 e 2011.

Uma tendência decrescente se observa também na anemia severa. A percentagem de crianças que sofrem de anemia severa baixou de 4% ao 3% em todo o País e a prevalência da anemia severa baixou em todas regiões com a excepção da região hiperendémica. Nesta última a prevalência aumentou de 3% a 4%.

Tabela 5.7 Prevalência de malária e anemia nas crianças

Percentagem de casos positivos por malária baseado nos testes de diagnostico rápido (TRD)[1] e percentagem com nível de hemoglobina de menos de 8.0 g/dl entre as crianças de 6 a 59 meses, por características socioeconómicas e demográficas por residência e região, Angola 2006-07 e 2011

	2006-07			2011		
Características	Percentagem de casos positivos por malária[2]	Percentagem de crianças com anemia grave (<8gm/dL)	N	Percentagem de casos positivos por malária	Percentagem de crianças com anemia grave (<8gm/dL)	N
Residência						
Urbana	7,8	2,5	1.099	1,7	1,6	1.079
Rural	32,7	4,6	1.248	18,7	3,0	2.419
Região						
Hiperendémica	30,6	2,6	487	24,7	3,5	736
Mesoendémica estável	26,4	4,1	861	14,6	2,4	1.487
Mesoendémica instável	21,1	4,9	375	8,6	2,6	720
Luanda	6,2	3,1	624	1,8	1,8	555
Total	21,1	3,6	2.347	13,5	2,6	3.498

[1] O TRD usado em 2006/07 foi *Paracheck* e o TRD usado em 2011 *SD Bioline Malaria Ag P.f/P.v*

[2] Estas percentagens são diferentes às publicadas no relatório do IIMA 2006/07 (Cosep, Consaúde e Macro International, 2007, Tabelas 4.10)

MORTALIDADE INFANTO-JUVENIL 6

6.1 INTRODUÇÃO

As taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil são consideradas como indicadores importantes da situação de saúde e de desenvolvimento socioeconómico, pelo facto destas taxas estarem intrinsecamente correlacionadas às condições demográficas, económicas, culturais, ambientais e de saúde dos países. Neste contexto, o conhecimento da mortalidade infantil e infanto-juvenil é indispensável para a tomada de decisões na implementação de programas e políticas públicas na área de saúde. Analogamente, a observação da evolução destas taxas nos últimos anos permite inferir sobre a melhoria alcançada no campo de controlo das doenças infecciosas que causam óbitos na maioria das crianças angolanas.

Este capítulo apresenta uma breve análise dos níveis, tendências e diferenciais da mortalidade infantil e na infância. Esta informação poderá servir de guião na identificação dos sectores populacionais expostos a altos riscos de mortalidade. Apresenta-se também uma análise das tendências dos níveis de mortalidade nos últimos quinquénios.

6.2 METODOLOGIA

A análise dos níveis e tendências da mortalidade infantil e na infância aqui apresentada baseia-se na informação sobre a história completa de nascimentos recolhida nas mulheres de 15 a 49 anos entrevistadas durante o inquérito IIMA 2011. Perguntou-se à cada mulher o número total de filhos que ela teve em toda sua vida, isto é, o número de filhos e filhas que viviam com ela, e aqueles que residiam noutro lugar e aqueles que já faleceram. Além disso, as mulheres foram questionadas sobre toda a crónica de seus nascimentos, cobrindo a informação sobre a data de nascimento, idade, o sexo, se os partos foram simples ou múltiplos, o estado de sobrevivência de cada filho e a idade corrente de cada nascido vivo. Se o filho já tinha falecido perguntou-se qual era a idade no momento da morte. A informação assim recolhida permitiu calcular directamente para períodos determinados, os seguintes indicadores:

- *Mortalidade neo-natal (NN):* probabilidade de morrer durante o primeiro mês, ou entre 0 e 30 dias de idade;
- *Mortalidade pós-neonatal (PNN):* probabilidade de morrer depois do primeiro mês de vida, porém antes de completar o primeiro aniversário, ou entre 1 e 11 meses de idade
- *Mortalidade infantil* ($_1q_0$)*:* probabilidade de morrer durante o primeiro ano de vida, ou entre 0 e 11 meses de idade;
- *Mortalidade pós-infantil* ($_4q_1$)*:* probabilidade de morrer entre o primeiro e o quinto aniversário, ou entre 12 e 59 meses de idade
- *Mortalidade infanto-juvenil* ($_5q_0$)*:* probabilidade de morrer antes de completar cinco anos de vida, ou entre 0 e 59 meses de idade.

6.3 QUALIDADE DOS DADOS

A qualidade dos resultados do cálculo das taxas de mortalidade depende da precisão com que a informação foi recolhida. A informação proveniente da história de nascimento pode ter vários tipos de erros que poderiam constituir problemas durante a análise. O primeiro problema que pode estar relacionado com os dados, é que a informação foi fornecida apenas por mulheres que estão vivas, o que quer dizer que não existe a informação das crianças cujas mães morreram. Se a mortalidade de crianças das mães falecidas estiver diferente ao resto das crianças e se estas representar uma

significativa proporção dos falecimentos, então a mortalidade calculada a partir desta informação poderá ser afectada por omissão.

O outro problema que pode afectar os cálculos da mortalidade é o erro cometido durante a declaração dos eventos, principalmente no que diz respeito as datas de nascimento, as idades em que ocorreram as mortes, e a enumeração completa das crianças falecidas. Neste contexto, a omissão dos nascimentos e de mortes afecta duma forma directa as estimativas de mortalidade. Sendo assim, a declaração errada das datas em que ocorreram as mortes irá afectar o acompanhamento das tendências da mortalidade e a declaração errada da idade ao falecimento irá afectar os padrões de mortalidade.

Em outros inquéritos análogos, observou-se uma tendência das mães arredondarem a idade do filho ao morrer para um ano, embora o filho não tenha falecido exactamente aos 12 meses de idade, mas sim nos meses próximos à essa idade. Esse redondamento para o décimo segundo mês tem produzido uma concentração de óbitos neste mês, o que pode resultar na subestimação da mortalidade infantil (${}_1q_0$) e uma sobrestimacão da mortalidade pós-infantil (${}_4q_1$), se alguns dos falecimentos declarados de "um ano" ocorreram entre os 9 e 11 meses de idade. Estes problemas são inerentes aos cálculos de mortalidade infanto-juvenil a partir da história de nascimentos, no entanto alguns autores conseguiram comprovar que as probabilidades de produzir erros de consequência com esta metodologia são insignificantes, sobre todo quando se trata de ocorrências recentes (Sullivan et al., 1990).

Como a recolha de dados teve lugar entre Janeiro e Maio de 2011, as taxas de mortalidade foram calculadas em períodos quinquenais correspondentes aos anos calendários 1996-2001, 2001-2006 e 2006-2011, baseado na história de nascimento completa das mulheres inquiridas.

6.4 NÍVEIS E TENDÊNCIAS DA MORTALIDADE

A Tabela 6.1 representa as taxas de mortalidade neonatal, pós neonatal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil, para os três períodos quinquenais que precederam ao inquérito, o que permite ver retrospectivamente as tendências nos últimos 15 anos. Do período 1996 – 2001 ao período 2001 – 2006 a mortalidade infantil e infanto-juvenil aparecem duma forma semelhante. A mortalidade infantil durante estes períodos foi respectivamente de 65‰ e 67‰ e a mortalidade infanto-juvenil foi respectivamente de 117‰ e 118‰. No entanto observa-se um decrescimento dos níveis de mortalidade no último quinquénio. A mortalidade infantil baixou de 67‰ no período 2001 – 2006 para 50‰ no período 2006 – 2011. Entre estes períodos a mortalidade infanto-juvenil diminuiu respectivamente de 118‰ a 91‰, o que representa uma redução de 23%.

Uma vez que a malária é uma das principais causas de morte nas crianças, esta redução da mortalidade pode-se atribuir às acções de controlo, diagnóstico e tratamento da malária, juntando-se à estabilização determinada pelo fim da guerra e a melhoria e da situação nutricional da população,

Tabela 6.1 Mortalidade infantil

Taxas de mortalidade neo-natal, pós neo-natal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil para períodos quinquenais anteriores ao inquérito, Angola 2011

Anos anteriores ao inquérito	Anos calendários	Mortalidade neonatal (NN)	Mortalidade pós-neonatal (PNN)	Mortalidade infantil (${}_1q_0$)	Mortalidade pós-infantil (${}_4q_1$)	Mortalidade infanto-juvenil (${}_5q_0$)
0-4	2006-2011	23	26	50	43	91
5-9	2001-2006	32	34	67	55	118
10-14	1996-2001	29	37	65	56	117

6.5 DIFERENCIAIS DA MORTALIDADE

Para a análise dos diferenciais da mortalidade é preciso aumentar o período de referência para cobrir um período de dez anos anteriores à data do inquérito (2001-2011), devido ao facto do tamanho da amostra ser insuficiente para proporcionar estimativas confiáveis para um período de só cinco anos quando a amostra é desagregada nalgumas das características estudadas. Os resultados por características socioeconómicas são apresentados na Tabela 6.2 e os resultados por características demográficas apresentam-se na Tabela 6.3.

As taxas de mortalidade estão relacionadas ao nível de desenvolvimento socioeconómico. Assim, as taxas de mortalidade são mas altas nas áreas rurais que nas urbanas. A mortalidade infantil é de 52‰ em áreas urbanas e de 59‰ em áreas rurais. A mortalidade infanto-juvenil nestas áreas é respectivamente de 81‰ e 113‰. As taxas de mortalidade mas baixas se observam na província de Luanda, onde as condições socioeconómicas, de nutrição e de disponibilidade serviços de saúde são mais desenvolvidas. Alem disso, como já se assinalou na Tabela 3.10, a prevalência de malária e de anemia e significativamente menor em Luanda que nas outras regiões do País.

Tabela 6.2 Mortalidade infantil por características socioeconómicas

Taxas de mortalidade neo-natal, pós neo-natal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil para o período de dez anos anteriores ao inquérito, por características socioeconómicas, Angola 2011

Características	Mortalidade neonatal (NN)	Mortalidade pós-neonatal (PNN)	Mortalidade infantil ($_1q_0$)	Mortalidade pós-infantil ($_4q_1$)	Mortalidade infanto-juvenil ($_5q_0$)
Residência					
Urbana	25	27	52	31	81
Rural	28	31	59	57	113
Região					
Hiperendémica	28	31	59	32	88
Mesoendémica estável	26	31	58	65	119
Mesoendémica instável	27	33	60	54	111
Luanda	28	22	50	27	76
Formação					
Sem formação	30	32	62	56	115
Primário	27	31	57	48	102
Secundário ou mais	23	21	44	22	65
Quintil de Riqueza					
Mais baixo	26	27	53	58	107
Segundo	30	30	60	54	111
Médio	21	39	61	63	120
Quarto	31	31	61	43	102
Mais alto	26	23	50	35	83
Total	27	30	57	48	102

Embora não se regista uma relação muito evidenciada, os dados mostram uma tendência decrescente da mortalidade com a melhoria da situação socioeconómica da criança. A taxa de mortalidade infanto-juvenil flutua entre 107‰ e 120‰ nos quintiles de riqueza mais baixo, segundo e médio, comparado com 83‰ no quintil mais alto. A formação das mães das crianças está estreitamente ligada às probabilidades de morrer. A mortalidade infanto-juvenil é de 115‰ entre as crianças cujas mães não foram escolarizadas, contra 65‰ entre as crianças de mães com formação de nível secundário ou superior.

Tabela 6.3 Mortalidade infantil por características demográficas

Taxas de mortalidade neo-natal, pós neo-natal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil para o período de dez anos anteriores ao inquérito, por características demográficas, Angola 2011

Características	Mortalidade neonatal (NN)	Mortalidade pós-neonatal (PNN)	Mortalidade infantil ($_1q_0$)	Mortalidade pós-infantil ($_4q_1$)	Mortalidade infanto-juvenil ($_5q_0$)
Sexo da criança					
Masculino	30	30	60	53	111
Feminino	24	29	53	42	93
Idade da mãe na época do nascimento					
Menos de 20 anos	27	36	63	43	103
20 – 29 anos	24	29	53	50	100
30 – 39 anos	30	23	53	46	97
40 – 49 anos	61	35	96	70	159
Ordem de nascimento					
1	23	35	58	38	94
2-3	24	26	50	43	91
4-6	27	29	56	58	111
7 ou mais	48	35	83	64	142
Intervalo do nascimento anterior					
Menos de 2 anos	40	47	87	67	147
2 anos	22	23	45	47	89
3 anos	32	22	55	60	112
4 ou mais anos	19	19	38	29	66
Total	27	30	57	48	102

Seguindo o padrão já constatado, as crianças de sexo masculino tem maior probabilidade de morrer na infância que as de sexo feminino. Sessenta por mil dos varões morrem antes de atingir o primeiro aniversário, comparado com 53 por mil das mulheres. As taxas de mortalidade infanto-juvenil são de 111‰ e 93‰. Os resultados corroboram a importância de limitar o número de filhos e de espaçar os nascimentos. As taxas de mortalidade infanto-juvenil entre as crianças de ordem de nascimento de 3 ou menor são inferiores a 95‰, comparado com uma taxa de 142‰ entre as crianças de 7 ou mais. As probabilidades de morrer antes do quinto aniversário são mais que o dobro entre as crianças nascidas menos de dois anos depois do nascimento precedente com as crianças nascidas logo dum intervalo de quatro anos ou mais, isto é a mortalidade infanto-juvenil no primeiro grupo é de 147‰ comparado com 66‰ no segundo.

REFERÊNCIAS

Aikins M K, Pickering H, Greenwood B M. 1994. Attitudes to malaria, traditional practices and bednets (mosquito nets) as vector control measures: a comparative study in five West African countries. *Tropical Medicine and Hygiene*. 97(2):81-6.

Alonso P L , Lindsay S W, Armstrong J R M, de Francisco A, Shenton F C,. Greenwood B M, Conteh M, Cham K, Hill A G, David P H, Fegan G and Hall A J, 1991. The effect of insecticide-treated bed nets on mortality of Gambian children. *The Lancet* 337(8756):1499-1502.

Carneiro I, Roca-Feltrer A, Griffin JT, Smith L, Tanner M, Armstrong Schellenberg J, Greenwwood B, Schellenberg D. 2010. Age-Patterns of Malaria Vary with Severity, Transmission Intensity and Seasonality in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Pooled Analysis. *PLoS ONE* 5(2): e8988. Available at: http://www.plosone.org/article/ info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0008988 [last accessed June 27, 2011].

Cosep, Consaúde e Macro International. 2007. *Inquérito de Indicadores da Malaria em Angola 2006/07*, Calverton, Maryland: Macro International.

Guyatt H L, Corlett S K, Robinson T P, Ochola S A, Snow R W. 2002. Malaria prevention in highland Kenya: indoor residual house-spraying vs. insecticide-treated bednets. *Tropical Medicine & International Health*. 7(4):298-303.

Deaton A and Muellbauer J. 1980. *Economics and Consumer Behavior*. London: Cambridge University Press.

Direcção Nacional de Saúde Pública. 2007. *Pacote essencial de saúde materno-infantil: Bases normativas para a sua operacionalização*, Luanda: Ministério de Saúde.

Lengeler C. 2004. Insecticide-treated bed nets and curtains for preventing malaria. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Available at http://info.onlinelibrary.wiley.com/userfiles/ccoch/file/CD000363.pdf [last accessed June 24, 2011].

Ministério da Saúde/Programa Nacional de Controlo da Malaria2011: Plano Estratégico Nacional 2011-2015 (Draft). Luanda, Angola: Ministério da Saúde.

Nevill C G, Some E S, Mung'ala V O, Muterni W, New L, Marsh K, Lengeler C, Snow RW, 1996. Insecticide-treated bednets reduce mortality and severe morbidity from malaria among children on the Kenyan coast. *Tropical Medicine and International Health* 1(2):139-146.

Newman R D, Parise M E, Slutsker L, Nahlen B, Steketee R W. 2003. Safety, efficacy and determinants of effectiveness of antimalarial drugs during pregnancy: implications for prevention programmes in Plasmodium falciparum-endemic sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine and International Health.* 8(6): 488–506.

Nigussie D, Legesse M, Animut A, H/Mariam A, Mulu A. 2008. Evaluation of Paracheck pf o and Parascreen pan/pf o tests for the diagnosis of malaria in an endemic area, South Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*. 46(4):375-81.

Nosten F, ter Kuile F, Maelankiri L, Chongsuphajaisiddhi T, Nopdonrattakoon L, Tangkitchot S, Boudreau E, Bunnag D, White N J. 1994. Mefloquine Prophylaxis Prevents Malaria during

Pregnancy: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Journal of Infectious Diseases*. 169 (3): 595-603.

President's Malária Initiative. 2011. Angola Country Profile. Available at: http://www.fightingmalaria.gov/countries/profiles/angola_profile.pdf.

Programa Nacional de Controlo da Malária. 2010. *Plano Nacional de Monitoria e Avaliação 2011 – 2015*. 1iro Draft. Luanda: Ministério da Saúde.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2009. *Relatório Mundial sobre o Desenvolvimento Humano*. New York: Nações Unidas.

Proux S, Hkirijareon L, Ngamngonkiri C, McConnell S, Nosten F. 2001. Paracheck-PfsR : a new, inexpensive and reliable rapid test for P. falciparum malaria .*Tropical Medicine and International Health* 6(2): 99-101.

Roll Back Malaria. 2010. World Malaria Day: Africa Update. *Progress and Impact Series* (2).

Sharp B L, Ridl F C, Govender D, Kuklinski J, Kleinschmidt. 2007. Malaria vector control by indoor residual insecticide spraying on the tropical island of Bioko, Equatorial Guinea. *Malaria Journal*. 6(52). Available at: http://www.malariajournal.com/content/6/1/52 [last accessed June 27, 2011].

Steketee R W, Nahlen BL, Parise ME, Menendez C. 2001. The burden of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas. *Tropical Medicine and Hygiene* 64(1 suppl):28-35.

Sullivan J, Bicego G T, Rutstein S O. 1990. Assessment of the quality of data used for direct estimation of infant and child mortality in the Demographic and Health Surveys. *DHS Methodological Reports Nº 1*. Columbia, Maryland, USA: Institute for Resource Development / Macro Systems, Inc.

UNICEF and the Roll Back Malaria Partnership. 2007. *Malaria and Children: Progress in Intervention Coverage*. New York, NY: United Nations Children's Fund.

United Nations, 2011. International Human Development Indicators. Country Profiles. Available at: http://www. http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/AGO.html [last accessed December 5, 2011]

World Health Organization. 2007. *World Health Statistics Report*. Geneva. WHO.

World Health Organization. 2010. Guidelines for the Treatment of Malaria. Second Edition. Geneva: WHO.

DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DA AMOSTRA

Apêndice A

A.1 INTRODUÇÃO

Angola é um dos países escolhidos pela Iniciativa Presidencial contra a Malária (PMI) para a intervenção imediata. Foi decidido realizar um inquérito nacional para obter os níveis de estimativa da prevalência da malária, bem como informações de base para alguns indicadores de Fazer Recuar Malária (RBM). Os resultados da pesquisa irão fornecer dados tão necessitados sobre a cobertura de mosquiteiros e práticas de uso, o tratamento para febre nas crianças, prevalência de malária e anemia entre crianças de 6-59 meses, e estimação da mortalidade infantil associada à malária. O objectivo deste documento é fornecer recomendações para o desenho da amostra da pesquisa IIMA 2011, e os procedimentos de selecção correspondente a ser feito antes da execução da pesquisa.

A.2 OBJECTIVOS DO DESENHO DE AMOSTRA

(1) O IIMA 2011 foi projectado para determinar as estimativas da prevalência de malária fiáveis entre crianças menores de cinco anos em vários domínios de interesse (quando possível), e estimativas de mortalidade de crianças menores de cinco anos.

(2) Os principais domínios considerados no apuramento de indicadores chave são:

- Angola a nível nacional

- A maioria dos indicadores para cada um dos quatro domínios principais definidos em Angola, e classificados como as seguintes regiões:

  1) Hiperendémica, alta prevalência da malária
  2) Mesoendémica Estável, média prevalência da malária,
  3) Mesoendémica Instável, média prevalência da malária, mas os níveis de prevalência oscilam com a quantidade de chuva
  4) A província de Luanda

Áreas urbanas e rurais de Angola cada uma delas considerada como um domínio separado.

- Para fins de análise, qualquer zona de províncias com um tamanho de amostra adequado de pelo menos 1.500 agregados.

(3) O objectivo primordial do IIMA 2011 foi o de fornecer estimativas com precisão aceitável para os indicadores chave para cada domínio, tais como:

  a. Posse e uso de mosquiteiros
  b. Práticas utilizadas para tratar a malária entre crianças menores de cinco anos e o uso de determinados medicamentos anti-malária
  c. Prevalência de malária e anemia em crianças dos 6-59 meses de idade
  d. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre a malária na população em geral

A.3 BASE DE AMOSTRAGEM

Administrativamente Angola está dividida em 18 províncias, que podem ser agrupados em oito sub-regiões de acordo com a partilha de alguns factores comuns.[1] Por sua vez, cada província está subdividida em municípios (164 no total), cada município é subdividido em comunas (532 no total). Comunas como um todo são classificados como urbana ou rural. Além destas unidades administrativas, em preparação para o censo da população, cada comuna urbana foi subdividida em sub-áreas de secção chamada censitária (SC), equivalente a uma área de enumeração. O Instituto Nacional de Estatística (INE) tem vindo a preparar material cartográfico, incluindo uma contagem de habitações e estruturas, para cada SC em áreas urbanas. Este material permitiu obter um quadro amostral adequado para o IIMA 2011. No entanto, o INE não tem actualizado material cartográfico para as zonas rurais. Para compensar essa deficiência, o INE utiliza os seus escritórios regionais para colectar uma lista de aldeias rurais na maioria das comunas rurais, com população estimada em cada aldeia. Para desenvolver a base de amostragem para o IIMA 2011, utilizou-se a lista dos SCs para comunas urbanas e da lista de aldeias dentro de cada comuna rural.

A.4 ESTRATIFICAÇÃO

As comunas foram agrupadas por regiões principais, por localizações urbanas e rurais, por sub-regiões e por províncias, para se identificarem unidades amostrais homogéneas. Ademais, em cada comuna urbana, foram agrupadas várioa SCs aproveitando-se dos bairros (sub-distritos) existentes para a estratificação da amostra.

A.5 TAMANHO DE AMOSTRA

As tabelas a seguir descrevem cenários diferentes para a selecção de um tamanho de amostra em uma pesquisa de base populacional. Na ausência de domínios, os números são válidos para toda a população, no entanto, se as análises são esperadas para mais de um domínio, então os números devem ser interpretados quando necessário para cada domínio.

Tabela A.1 Tamanho da amostra calculado a partir de fórmulas RE = 100 * erro Deff * sqrt {(1-p) / (np)} pelo valor de prevalência p (em%) e relativa com Deff = 2

Prevalência/indicador de nível (p) a nível de domínio

Erro relativo	45%	40%	35%	30%	25%	20%	15%	10%	5%
5%	1,956	2,400	2,971	3,733	4,800	6,400	9,067	14,400	30,400
7.5%	869	1,067	1,321	1,659	2,133	2,844	4,030	6,400	13,511
10%	489	600	743	933	1,200	1,600	2,267	3,600	7,600
15%	217	267	330	415	533	711	1,007	1,600	3,378
20%	122	150	186	233	300	400	567	900	1,900
25%	78	96	119	149	192	256	363	576	1,216
30%	54	67	83	104	133	178	252	400	844
35%	40	49	61	76	98	131	185	294	620

A.6 TAMANHOS DE AMOSTRA CORRESPONDENTES PARA DIFERENTES NÍVEIS DE PREVALÊNCIA E PRECISÃO

A tabela A apresenta os requisitos de diferentes tamanhos de amostra com base em diferentes percentuais de cobertura esperada / taxas de prevalência de qualquer indicador, e na alternativa erros relativos (ER) desejados. O pressuposto é que todo o valor do efeito do desenho (Deff) é um típico

[1] Nos mapas comerciais, essas sub-regiões são conhecidas como: Luanda-Bengo, Cabinda, Noroeste (Zaire, Uige e Kwanza N), Nordeste (Malange, Lunda N, Lunda S), Litoral Centro (Benguela e Kwanza S), Planalto Central (Huambo e Bié), Sudoeste (Huila, Namibe e Kunene), and Leste/Sudeste (Moxico,& Kuando Kubango)

2,0. Um menor efeito do desenho amostral produzirá números mais baixos e, inversamente, um efeito maior do desenho, os números mais elevados.

A tabela descreve os tamanhos mínimos da amostra que são necessários para a medição de variáveis com uma dada prevalência e um nível desejado de erro relativo. Por exemplo, pode-se verificar que um indicador que tem uma prevalência estimada de 30% e que precisamos medi-la com um erro relativo de 15%, requer um tamanho mínimo da amostra de 415 casos. Da mesma forma, um indicador com uma prevalência estimada de 10% e um erro relativo desejado de 15% requer uma amostra de 1.600 casos, e assim por diante. Dimensões mínimas das amostras podem ser lidas directamente na tabela, encontrando os pontos onde a prevalência e o desejado nível de precisão se cruzam.

A.7 DECISÕES SOBRE O TAMANHO DE AMOSTRA

Se a prevalência parasitária da malária em crianças menores de 5 anos é de 30% e queremos medir isso com um erro relativo de 15%, podemos ver na tabela A que ela requer um mínimo de amostra de 415 crianças menores de 5. O número real de crianças menores de 5 anos numa amostra de 1000 agregados seleccionados é de 850, então não será mais do que a amostra suficiente para medir a prevalência de parasitas em crianças menores de 5 anos numa amostra de 1000 agregados seleccionados (por domínio, com certeza).

Se a prevalência de crianças menores de cinco anos que dormem sob MTI é de 15% e queremos medir isso com um erro relativo de 15%, podemos ver na tabela A que precisamos de uma amostra mínima de 1.007 crianças menores de 5 (por domínio). Isto significa uma amostra de cerca de 1.200 agregados seleccionados por domínio (entre os cenários 1 e 2).

Se a taxa de mortalidade infantil é de 100 por mil nascimentos, similar a Moçambique, e se queremos medir este indicador com um erro relativo de 15%, o número mínimo de crianças exigido é de 1600. Em Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2003 para a taxa de mortalidade infantil nos últimos cinco anos anteriores à pesquisa foi obtido 10.326 nascimentos para uma amostra de 12.418 mulheres de 15-49 anos; portanto, extrapolando essas condições nos 1.600 nascimentos considerados para Angola, se precisam de cerca de 2.000 mulheres de 15-49 anos. Tomando em consideração uma taxa de resposta de 0,9, em seguida, a amostra necessária é cerca de 2200 por domínio.

A.8 OUTRAS CONSIDERAÇÕES

O número de nascimentos nos últimos cinco anos de crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas são os denominadores eficazes para o cálculo relevante dos erros de amostragem acima descritos. Se qualquer um desses denominadores é dividido em subgrupos, como urbano - rural, uma amostra de duas vezes o tamanho mínimo será necessária, porque efectivamente criaram-se dois domínios; urbanos e rurais. Se a informação é desejada para mais de um domínio, a amostra total mínima é o tamanho da amostra mínima necessária na tabela A e deverá ser multiplicado pelo número de domínios. Assim, para os quatro domínios dos exemplos acima sobre a mortalidade infantil, o tamanho mínimo da amostra de mulheres 15-49 seria 4 x 2200 = 8800 mulheres seleccionadas de 15-49 anos. Assim, o tamanho da amostra total é fortemente afectado pelo número de domínios do estudo, em última análise quer usar.

A.9 O INQUÉRITO IMMA 2011

O Inquérito IIMA 2011 contemplou quatro domínios, as três áreas epidemiológicas determinadas pelo nível de prevalência da malária e a província de Luanda. Se estes quatro domínios devem ser cobertos através de uma amostra de 8.800 agregados familiares seleccionados e seus

membros, em cada domínio foi contemplada uma sub-amostra de apenas 2.200 agregados familiares seleccionados, no âmbito de procedimento igual de amostragem.

Em cada um desses domínios, a prevalência da malária em crianças estimada em 30% pode ser medida sem dificuldade, porque apenas um mínimo de 415 crianças são necessárias para esta medição, como mostra a tabela A, e a amostra de 750 famílias por domínio substituía 638 (ver tabela C).

No entanto, a proporção estimada de crianças menores de 5 anos que dormem debaixo de mosquiteiro é estimado em 15% não pode ser medida com um erro relativo de 15% a partir de uma amostra inicial de 2.200 agregados familiares seleccionados por domínio, porque 1007 crianças são necessárias para que, de acordo com a tabela A e uma amostra de 2200 agregados seleccionados irão necessitar mais do que o mínimo necessário de crianças menores de 5 anos (tabela c).

Assim, uma amostra inicial de 3.000 agregados familiares seleccionados daria estimativa precisa a nível de cada um dos quatro domínios para a prevalência de parasitas em crianças menores de 5 anos com um erro relativo de 15% ou mais. Para as crianças menores de cinco anos dormindo debaixo de mosquiteiros a amostra para cada domínio só irá permitir uma estimativa em um nível de erro relativo de 20%, e para a estimativa de anemia em mulheres grávidas as estimativas a nível de domínio terão um erro relativo muito maior que 20%.

Por todos os motivos explicados acima, o tamanho da amostra desejado global deveria ser de pelo menos 2.200 agregados seleccionados.

A.10 REPARTIÇÃO DA AMOSTRA

Os conglomerados para o levantamento do Inquérito IIMA 2011 são definidos com base em SCs (Secção Censitária) para comunas urbanas e em aldeias nas comunas rurais. Os 240 conglomerados considerados para IIMA 2011 foram igualmente repartidos em 60 conglomerados em cada domínio. O alvo da pesquisa IIMA 2011 é seleccionar cerca de 8.800 agregados familiares. Portanto, foi necessário seleccionar em média, 36 (ou seja, 8 800/240) agregados familiares por conglomerado. Os conglomerados são distribuídos como 96 nas áreas urbanas e 144 nas zonas rurais. As tabelas a seguir mostram a distribuição dos conglomerados seleccionados por áreas urbanas e rurais em cada principal região e em cada província.

Tabela A.2. Distribuição dos conglomerados seleccionados por região endémica de malária

Principal região	Urbano	Rural	Total
Mesoendémica Estável	12	48	60
Hiperendémica	10	50	60
Mesoendémica Instável	14	46	60
LUANDA	60		60
Total	96	144	240

De acordo com a repartição final da amostra, espera-se que cada uma das quatro regiões principais de malária em Angola irá fornecer um mínimo de cerca de 2 200 entrevistas completas das mulheres, 2.100 crianças menores de cinco e 2000 nascimentos nos últimos cinco anos. Nem a distribuição dos 240 conglomerados entre as grandes regiões, nem a distribuição da amostra dos agregados familiares é proporcional à distribuição da população estimada. Isso é devido ao número desproporcional de CSS entre as principais regiões, pelo que a amostra de agregados familiares para o IIMA 2011 não é uma amostra de agregados auto-ponderada. Portanto, a amostra de 2011 IIMA é desequilibrada para as áreas de residência e regiões, e vai exigir um desenho final de procedimento de ajustamento de pesos para fornecer estimativas representativas em todos os domínios de estudo.

Tabela A.3 Distribuição dos Conglomerados por Província

Provincia	Urbano	Rural	Total
Bengo	2	4	6
Benguela	6	8	14
Bie	--	10	10
Cabinda	2	2	4
Cunene	2	8	10
Huambo	2	14	16
Huila	8	16	24
Kuando kubango	--	10	10
Kwanza norte	2	6	8
Kwanza sul	2	8	10
Lunda sul	--	6	6
Luanda	60		60
Lunda norte	--	8	8
Malange	2	14	16
Moxico	--	8	8
Namibe	4	4	8
Uige	4	14	18
Zaire	--	4	4
Total	96	144	240

A.11 SELECÇÃO DA AMOSTRA

A amostra de IIMA 2.011 é seleccionada usando uma amostragem tri-etápica estratificada por conglomerados constituída de 240 conglomerados, 96 nas áreas urbanas e 144 nas zonas rurais. Em cada área urbana ou rural, numa determinada região, os conglomerados são seleccionados sistematicamente com probabilidade proporcional ao tamanho. A selecção é feita utilizando as seguintes fórmulas em diferentes fases.

Na primeira etapa, depois de comunas foram estratificados por províncias urbana / rural e, em seguida, a selecção comuna foi feita com probabilidade proporcional ao tamanho (população estimada) dentro de cada principal região e possui a seguinte fórmula:

$$P_{1i} = (60 \text{ x } m_i / \Sigma\, m_i)$$

onde:

60: número de conglomerados a seleccionar numa determinada região,

m_i: tamanho do i-th *comuna* consoante a estimação da população,

$\Sigma\, m_i$: tamanho estimado para a combinação das principais regiões.

Na segunda etapa, depois de ter identificado as *comunas* seleccionadas em urbanas e rurais então os conglomerados (baseados em *secção censal* que são *comuna*s na área urbana e aldeias na área rural) foram seleccionados com probabilidade proporcional ao tamanho estimado com a seguinte fórmula:

$$P_{2ji} = (a_i \text{ x } m_{ji} / \Sigma_j\, m_{ji})$$

onde:

a_i : número de CSs (ou aldeias) à serem seleccionados na i-th *comuna* numa dada área da residência e província,

m_{ji}: tamanho de j-th CS (ou aldeias), dentro do i-th *comuna*, consoante a população estimada na base de amostragem

$\Sigma_j m_{ji}$: tamanho da *comuna* inteira numa dada área da residência e provincial dentro da base de amostragem

Antes da realização da terceira fase de selecção de agregados, em cada conglomerado seleccionado elaborou-se uma listagem actualizada dos agregados familiares; por conseguinte os agregados foram seleccionados para se obter uma amostra fixa em cada conglomerado.

Então, a selecção final dos agregados familiares num dado conglomerado e determinada *comuna* é feita como seguinte: se 'c' é o número fixo de agregados familiares a seleccionar dentro de (L_{ji}) agregados familiars – encontrar na listagem – para o ji-th conglomerado, neste caso a probabilidade de seleccionar o agregado num dado conglomerado seleccionado pode ser expressa como.

$$P_{3ji} = (c / L_{ji})$$

A probabilidade total final dos agregados durante todo o processo de recolha de amostras poderá ser determinada como se segue:

$$f_{ji} = P_{1i} * P_{2ji} * P_{3ji}$$

e o desenho de pesos de amostragem para o ji-th conglomerado é dada como

$$1/ f_{ji} = 1 / (P_{1i} * P_{2ji} * P_{3ji})$$

Tabela A.4 Implementação da amostra

Distribuição percentual dos agregados familiares e das mulheres elegíveis por resultado, e taxas de resposta dos agregados familiares e mulheres, segundo residência e região. Angola 2011

	Residência		Região				
Resultado	Urbana	Rural	Hiperendémica	Mesoendémica Estável	Mesoendémica Instável	Luanda	Total
Agregados familiares seleccionados							
Completos (C)	92.7	90.2	89.4	90.0	92.9	92.5	91.2
Nenhum membro do agregado em casa ou nenhum membro competente (NMC)	0.3	0.1	0.0	0.3	0.4	0.0	0.2
Recusados (R)	2.0	0.2	0.2	0.4	0.1	2.9	0.9
Residências não localizadas (RNL)	0.8	6.5	8.0	4.3	4.2	0.2	4.2
Agregado familiar ausente (AFA)	1.2	1.0	0.9	1.2	1.1	1.1	1.1
Edifício residencial inabitado ou não residencial (ERI)	2.3	1.2	0.4	2.7	0.8	2.7	1.7
Residência destruída (RD)	0.3	0.5	0.5	0.9	0.2	0.1	0.4
Outros casos (O)	0.4	0.4	0.6	0.3	0.2	0.5	0.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de agregados familiares amostrados	3,552	5,254	2,220	2,220	2,146	2,220	8,806
Taxas de resposta dos agregados familiares (TRAF)	96.8	93.0	91.6	94.8	95.1	96.7	94.5
Mulheres elegíveis							
Completos (MC)	97.2	99.2	99.3	98.5	99.2	96.2	98.2
Ausente da casa (MA)	0.4	0.1	0.2	0.2	0.0	0.6	0.3
Recusada (MR)	1.9	0.1	0.3	0.3	0.1	2.6	1.0
Parcialmente completos (MPC)	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Incapacitada (EWI)	0.4	0.5	0.2	0.7	0.4	0.4	0.4
Outros casos (EWO)	0.1	0.1	0.0	0.1	0.2	0.1	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de mulheres	4,156	4,590	1,878	2,065	2,227	2,576	8,746
Taxas de resposta das mulheres elegíveis (TRME)	97.2	99.2	99.3	98.5	99.2	96.2	98.2
Taxa de resposta total (TRT)	94.1	92.2	91.0	93.5	94.4	93.1	92.9

[1] A taxa de resposta dos agregados familiares (TRAF) se calcula como se segue:

$$\frac{100 * C}{C + NMC + R + RNL}$$

[2] A taxa de resposta das mulheres elegíveis (TRME) é equivalente à percentagem de entrevistas completas (MC)
[3] A taxa de resposta total (TRT)) se calcula como se segue: TRT = TRAF * TRME/100

ESTIMATIVA DE ERROS DE AMOSTRAGEM *Apêndice* **B**

As estimativas derivadas de um inquérito por amostragem são sempre afectadas por dois tipos de erros: erros amostrais e erros não amostrais. Os erros não amostrais produzem-se durante a fase de recolha e processamento de dados, e podem incluir as falhas na cobertura dos agregados seleccionados, erros na formulação das perguntas e registo das respostas pelo inquiridor ou erros na compreensão das perguntas pelo inquirido e, erros de codificação ou de processamento de dados. Por outro lado, os erros amostrais podem ser avaliados estatisticamente. Apesar de ter havido grande esforço em minimizar erros não amostrais durante a implementação do IIMA 2011, estes são impossíveis de evitar e difíceis de avaliar estatisticamente.

A amostra seleccionada para este inquérito é uma das tantas amostras possíveis com o mesmo tamanho que poderiam ter sido seleccionadas na população a estudar, utilizando a mesma técnica de amostragem. Cada uma dessas amostras teria gerado resultados em certa medida diferentes daqueles obtidos pela efectivação da presente amostra. A variabilidade que se observaria entre todas as amostras possíveis constitui o erro amostral. Embora o grau de variabilidade não seja conhecido com exactidão, pode ser estimado a partir dos resultados do inquérito proporcionados pela amostra efectivamente seleccionada.

O erro amostral mede-se por meio do erro padrão. O erro padrão duma média, percentagem, diferença ou qualquer outra estatística calculada com os dados da amostra define-se como a raiz quadrada da variância da estatística, e é uma medida de sua variação em todas as amostras possíveis. Por exemplo, para determinada estatística calculada a partir da amostra, o valor da estatística cairá num intervalo mais ou menos duas vezes o erro padrão dessa medida em 95% de todas as amostras possíveis de igual desenho e tamanho.

Se os agregados familiares incluídos na amostra tivessem sido seleccionados na forma aleatória simples, teria sido possível utilizar directamente fórmulas muito conhecidas e relativamente simples para calcular erro padrão e limites de intervalo de confiança. Contudo, como já foi mencionado, a amostra do IIMA 2011 resulta de um desenho complexo, em diferentes etapas e, consequentemente, tornou-se necessário usar fórmulas complexas que consideram os efeitos da estratificação e da conglomeração. Foi possível fazer tais cálculos de erros padrão usando um subprograma informático conhecido como Módulo Erros de Amostragem do aplicativo ISSA (Integrated System for Survey Analysis). Este subprograma processa a percentagem ou média de interesse como uma taxa estatística $r = y/x$, onde tanto o numerador y como o denominador x são variáveis aleatórias. O cálculo da variância de r é feito utilizando-se uma aproximação linear de Taylor com a fórmula abaixo indicada e o erro padrão tomando a raiz quadrada dessa variância:

$$SE^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2}\sum_{h=1}^{H}\left[\frac{m_h}{m_{h-1}}\left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h}\right)\right]$$

onde:

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi} \text{ e } z_h = y_h - rx_h$$

onde:

h	representa o estrato e varia de 1 a H,
m_h	é o número de conglomerados seleccionados no estrato h,
y_{hi}	é a soma dos valores ponderados da variável y no conglomerado i do estrato h,
x_{hi}	é a soma do número de casos ponderados no conglomerado i do estrato h, e

f representa a fracção de amostragem total da amostra, cujo valor é tão pequeno que é ignorado.

Além do erro padrão, calcula-se o efeito do desenho (*EDIS*) para cada estimativa. O *EDIS* é definido como a razão entre o erro padrão (*EP*) correspondente usando um dado desenho de amostra e o erro padrão que resultaria se amostragem aleatória simples (*EPamas*) fosse usada.

$$EDIS = EP / EPamas$$

Um valor de EDIS igual a 1.0 indica que o desenho utilizado é tão eficiente quanto uma amostragem aleatória simples, enquanto um valor superior a 1.0 indica um aumento no erro amostral devido ao uso de desenho de amostra mais complexo e menos eficiente estatisticamente. O erro padrão relativo e os limites de intervalos de confiança são igualmente calculados.

Os erros padrão para o IIMA 2011 são calculados para variáveis seleccionadas consideradas de interesse. Os resultados são apresentados neste apêndice, para todo o país, por área de residência e por região endémica. Para cada variável as tabelas apresentam o valor estimado (*V*), o erro padrão (*EP*), o número de casos não ponderados (*NP*) e ponderados (*P*), o efeito de desenho (EDIS), o erro relativo (*EP/V*) e os limites do intervalo de confiança de 95%, isto é os valores *V*-2*EP* e *V*+2*EP*. O *EDIS* considera-se indefinido quando o erro padrão, considerando amostra aleatória simples, é zero (quando a estimativa está a volta de 0 ou de 1).

O intervalo de confiança (por exemplo, o calculado para a variável "Agregados familiares com pelo menos um MTI" pode ser interpretado do seguinte modo: a media global da amostra nacional é de 0,345 e o erro padrão é de 0.014. Logo, para obter os limites do intervalo de confiança de 95% deve-se adicionar e subtrair duas vezes o erro padrão à estimativa da amostra, isto é $0.0345 \pm 2 \times 0.014$. Há uma elevada probabilidade (95%) de que a media real dos agregados familiares com pelo menos um MTI se encontrem entre 0,318 e 0,373.

Para a amostra global, o valor do EDIS, calculado tomando em conta todas as variáveis é de 1.95. Isto significa que, devido às diferentes etapas de selecção da amostra, a média do erro padrão seja acrescido por um factor de 1.95 acima do que se encontra numa amostra aleatória simples correspondente. A precisão actual muda da precisão esperada na fase de desenho da amostra devido a vários factores: o tamanho da amostra actual versus o tamanho seleccionado; o tamanho actual do EDIS versus o esperado; e o tamanho actual do valor da estimativa versus a estimativa esperada. Para alem disso, a precisão actual e diferente da precisão esperada, de forma separada, para cada indicador.

Tabela B.1 Variáveis seleccionadas para o cálculo dos erros de amostragem, Angola 2011

Variável	Tipo de medição	População de base
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro de qualquer tipo	Proporção	Todos os agregados familiares
Número de médio de mosquiteiros de qualquer tipo por agregado	Proporção	Todos os agregados familiares
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro alguma vez tratado com insecticida	Proporção	Todos os agregados familiares
Número de médio de mosquiteiros alguma vez tratados com insecticida por agregado	Proporção	Todos os agregados familiares
Agregados familiares com pelo menos um MTI	Proporção	Todos os agregados familiares
Número de médio de MTI por agregado	Proporção	Todos os agregados familiares
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	Proporção	Crianças menores de 5 anos
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	Proporção	Crianças menores de 5 anos
Crianças que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	Proporção	Crianças menores de 5 anos
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	Proporção	Mulheres grávidas de 15-49 anos
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	Proporção	Mulheres grávidas de 15-49 anos
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum MTI nn noite anterior	Proporção	Mulheres grávidas de 15-49 anos
Mulheres grávidas que tomaram medicamentos para a prevenção de malária durante a gravidez	Proporção	Mulheres com pelo menos um nascimento durante os 5 anos anteriores ao inquérito
Mulheres grávidas que receberam SP/Fansidar durante uma visita de cuidados pré-natais	Proporção	Mulheres com pelo menos um nascimento durante os 5 anos anteriores ao inquérito
Crianças com febres nas duas semanas anteriores ao inquérito	Proporção	Crianças menores de 5 anos
NN	Taxa	Nascimentos 5 e 10 anos antes do inquérito
PNN	Taxa	Nascimentos 5 e 10 anos antes do inquérito
$_1q_0$	Taxa	Nascimentos 5 e 10 anos antes do inquérito
$_4q_1$	Taxa	Nascimentos 5 e 10 anos antes do inquérito
$_5q_0$	Taxa	Nascimentos 5 e 10 anos antes do inquérito
Crianças testadas positivas por malária baseado na leitura de lâminas de gota espessa	Proporção	Crianças de 6 a 59 meses

Tabela B.2 Estimativas de erros de amostragem para toda a amostra, Angola 2011

Variável	Valor (R)	Erro padrão (EP)	Número de casos: Não ponderados (NP)	Número de casos: Ponderados (WN)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EP/V)	Intervalos de confiança: V-2EP	Intervalos de confiança: V+2EP
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro de qualquer tipo	0.365	0.015	8030	8030	2.713	0.04	0.336	0.394
Número de médio de mosquiteiros de qualquer tipo por agregado	0.521	0.023	8030	8030	2.574	0.044	0.475	0.567
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro alguma vez tratado com insecticida	0.35	0.014	8030	8030	2.602	0.04	0.322	0.378
Número de médio de mosquiteiros alguma vez tratados com insecticida por agregado	0.499	0.022	8030	8030	2.471	0.043	0.455	0.542
Agregados familiares com pelo menos um MTI	0.345	0.014	8030	8030	2.598	0.04	0.318	0.373
Número de médio de MTI por agregado	0.491	0.022	8030	8030	2.474	0.044	0.447	0.534
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.27	0.013	8414	8512	2.122	0.047	0.245	0.296
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.263	0.012	8414	8512	2.092	0.047	0.238	0.287
Crianças que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.259	0.012	8414	8512	2.093	0.047	0.235	0.284
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.263	0.018	1390	1385	1.519	0.069	0.227	0.3
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.257	0.018	1390	1385	1.522	0.07	0.221	0.293
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.256	0.018	1390	1385	1.519	0.07	0.22	0.292
Mulheres grávidas que tomaram medicamentos para a prevenção de malária durante a gravidez	0.358	0.02	3118	3094	2.372	0.057	0.317	0.399
Mulheres grávidas que receberam SP/Fansidar durante uma visita de cuidados	0.283	0.019	3118	3094	2.302	0.066	0.246	0.32
Pré-natais	0.341	0.011	7714	7782	1.992	0.032	0.319	0.363
Crianças com febres nas duas semanas anteriores ao inquérito	0.283	0.018	2645	2652	1.964	0.064	0.247	0.319
NN	27.045	1.937	14051	14178	1.212	0.072	23.171	30.92
PNN	29.74	1.835	14066	14194	1.207	0.062	26.07	33.409
${}_1q_0$	56.785	2.68	14068	14196	1.202	0.047	51.425	62.145
${}_4q_1$	47.85	3.373	14147	14289	1.447	0.07	41.104	54.596
${}_5q_0$	101.918	4.654	14166	14309	1.429	0.046	92.61	111.225
Crianças testadas positivas por malária baseado na leitura de lâminas de gota espessa	0.101	0.015	3424	3494	2.935	0.15	0.071	0.131

Tabela B.3 Estimativas de erros de amostragem para a Região Hiperendémica, Angola 2011

Variável	Valor (R)	Erro padrão (EP)	Número de casos: Não ponderados (NP)	Número de casos: Ponderados (WN)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EP/V)	Intervalos de confiança: V-2EP	Intervalos de confiança: V+2EP
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro de qualquer tipo	0.315	0.026	1984	1794	2.449	0.081	0.264	0.366
Número de médio de mosquiteiros de qualquer tipo por agregado	0.435	0.045	1984	1794	2.671	0.103	0.345	0.524
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro alguma vez tratado com insecticida	0.307	0.025	1984	1794	2.402	0.081	0.257	0.357
Número de médio de mosquiteiros alguma vez tratados com insecticida por agregado	0.424	0.044	1984	1794	2.627	0.103	0.336	0.511
Agregados familiares com pelo menos um MTI	0.299	0.024	1984	1794	2.358	0.081	0.251	0.348
Número de médio de MTI por agregado	0.412	0.042	1984	1794	2.572	0.103	0.327	0.497
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.248	0.021	2106	1898	1.804	0.087	0.205	0.291
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.245	0.021	2106	1898	1.789	0.087	0.203	0.288
Crianças que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.238	0.021	2106	1898	1.754	0.087	0.197	0.279
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.241	0.026	315	282	1.057	0.107	0.189	0.293
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.232	0.025	315	282	1.04	0.108	0.181	0.282
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.232	0.025	315	282	1.04	0.108	0.181	0.282
Mulheres grávidas que tomaram medicamentos para a prevenção de malária durante a gravidez	0.197	0.029	798	714	2.067	0.148	0.139	0.255
Mulheres grávidas que receberam SP/Fansidar durante uma visita de cuidados	0.153	0.026	798	714	2.027	0.169	0.101	0.204
Pré-natais	0.312	0.018	1984	1768	1.606	0.057	0.277	0.347
Crianças com febres nas duas semanas anteriores ao inquérito	0.167	0.023	630	552	1.47	0.137	0.122	0.213
NN	27.99	3.14	3533	3154	0.953	0.112	21.709	34.27
PNN	30.743	4.026	3538	3159	1.273	0.131	22.69	38.795
$_1q_0$	58.732	5.548	3538	3159	1.173	0.094	47.636	69.829
$_4q_1$	31.604	4.226	3546	3165	1.18	0.134	23.152	40.057
$_5q_0$	88.481	7.262	3551	3170	1.233	0.082	73.956	103.005
Crianças testadas positivas por malária baseado na leitura de lâminas de gota espessa	0.158	0.031	812	735	2.407	0.195	0.097	0.22

Tabela B.4 Estimativas de erros de amostragem para a Região Mesoendémica Estável, Angola 2011

Variável	Valor (R)	Erro padrão (EP)	Número de casos: Não ponderados (NP)	Número de casos: Ponderados (WN)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EP/V)	Intervalos de confiança: V-2EP	Intervalos de confiança: V+2EP
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro de qualquer tipo	0.381	0.031	1999	3050	2.823	0.081	0.32	0.442
Número de médio de mosquiteiros de qualquer tipo por agregado	0.529	0.047	1999	3050	2.703	0.088	0.436	0.622
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro alguma vez tratado com insecticida	0.358	0.029	1999	3050	2.673	0.08	0.301	0.416
Número de médio de mosquiteiros alguma vez tratados com insecticida por agregado	0.494	0.043	1999	3050	2.559	0.087	0.408	0.58
Agregados familiares com pelo menos um MTI	0.355	0.029	1999	3050	2.676	0.081	0.298	0.412
Número de médio de MTI por agregado	0.49	0.043	1999	3050	2.569	0.088	0.404	0.575
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.281	0.025	2244	3426	2.184	0.091	0.23	0.332
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.27	0.025	2244	3426	2.151	0.092	0.22	0.319
Crianças que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.268	0.025	2244	3426	2.152	0.092	0.219	0.318
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.274	0.035	360	560	1.523	0.129	0.203	0.345
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.268	0.035	360	560	1.525	0.131	0.198	0.339
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.268	0.035	360	560	1.525	0.131	0.198	0.339
Mulheres grávidas que tomaram medicamentos para a prevenção de malária durante a gravidez	0.333	0.044	780	1172	2.601	0.132	0.245	0.421
Mulheres grávidas que receberam SP/Fansidar durante uma visita de cuidados	0.251	0.038	780	1172	2.474	0.153	0.174	0.328
Pré-natais	0.33	0.023	2043	3120	2.119	0.069	0.284	0.375
Crianças com febres nas duas semanas anteriores ao inquérito	0.304	0.04	664	1029	2.121	0.132	0.224	0.384
NN	26.423	3.906	3696	5643	1.247	0.148	18.612	34.234
PNN	31.296	3.533	3699	5648	1.172	0.113	24.23	38.363
${}_1q_0$	57.72	4.872	3700	5650	1.122	0.084	47.976	67.463
${}_4q_1$	64.565	6.701	3738	5711	1.221	0.104	51.164	77.967
${}_5q_0$	118.558	9.136	3743	5719	1.306	0.077	100.286	136.83
Crianças testadas positivas por malária baseado na leitura de lâminas de gota espessa	0.106	0.028	974	1484	2.838	0.264	0.05	0.162

Tabela B.5 Estimativas de erros de amostragem para a Região Mesoendémica Instável, Angola 2011

Variável	Valor (R)	Erro padrão (EP)	Número de casos: Não ponderados (NP)	Número de casos: Ponderados (WN)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EP/V)	Intervalos de confiança: V-2EP	Intervalos de confiança: V+2EP
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro de qualquer tipo	0.385	0.03	1994	1369	2.738	0.077	0.325	0.445
Número de médio de mosquiteiros de qualquer tipo por agregado	0.536	0.047	1994	1369	2.634	0.088	0.442	0.63
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro alguma vez tratado com insecticida	0.377	0.029	1994	1369	2.712	0.078	0.318	0.436
Número de médio de mosquiteiros alguma vez tratados com insecticida por agregado	0.526	0.047	1994	1369	2.626	0.089	0.432	0.619
Agregados familiares com pelo menos um MTI	0.374	0.029	1994	1369	2.693	0.078	0.315	0.432
Número de médio de MTI por agregado	0.52	0.046	1994	1369	2.62	0.089	0.427	0.613
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.275	0.024	2298	1626	2.084	0.088	0.226	0.323
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.271	0.024	2298	1626	2.09	0.089	0.223	0.319
Crianças que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.269	0.024	2298	1626	2.071	0.089	0.221	0.316
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.253	0.034	452	310	1.62	0.133	0.186	0.32
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.253	0.034	452	310	1.62	0.133	0.186	0.32
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.251	0.034	452	310	1.632	0.134	0.184	0.319
Mulheres grávidas que tomaram medicamentos para a prevenção de malária durante a gravidez	0.423	0.051	861	595	3.055	0.122	0.32	0.525
Mulheres grávidas que receberam SP/Fansidar durante uma visita de cuidados	0.376	0.052	861	595	3.154	0.139	0.272	0.48
Pré-natais	0.401	0.019	2117	1477	1.737	0.047	0.363	0.439
Crianças com febres nas duas semanas anteriores ao inquérito	0.201	0.021	820	593	1.46	0.106	0.158	0.243
NN	26.776	3.271	3812	2665	1.114	0.122	20.234	33.318
PNN	32.784	3.094	3818	2669	0.988	0.094	26.597	38.971
${}_1q_0$	59.56	5.257	3818	2669	1.21	0.088	49.047	70.074
${}_4q_1$	54.488	6.034	3838	2683	1.357	0.111	42.42	66.557
${}_5q_0$	110.803	8.454	3844	2688	1.408	0.076	93.895	127.712
Crianças testadas positivas por malária baseado na leitura de lâminas de gota espessa	0.097	0.029	1011	720	3.161	0.303	0.038	0.156

Tabela B.6 Estimativas de erros de amostragem para a Província de Luanda, Angola 2011

Variável	Valor (R)	Erro padrão (EP)	Número de casos: Não ponderados (NP)	Número de casos: Ponderados (WN)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EP/V)	Intervalos de confiança: V-2EP	Intervalos de confiança: V+2EP
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro de qualquer tipo	0.373	0.019	2053	1816	1.763	0.05	0.336	0.411
Número de médio de mosquiteiros de qualquer tipo por agregado	0.582	0.036	2053	1816	1.859	0.062	0.51	0.654
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro alguma vez tratado com insecticida	0.359	0.019	2053	1816	1.772	0.052	0.321	0.396
Número de médio de mosquiteiros alguma vez tratados com insecticida por agregado	0.561	0.035	2053	1816	1.839	0.063	0.49	0.632
Agregados familiares com pelo menos um MTI	0.353	0.018	2053	1816	1.752	0.052	0.316	0.39
Número de médio de MTI por agregado	0.547	0.035	2053	1816	1.819	0.063	0.478	0.616
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.269	0.017	1766	1562	1.361	0.063	0.235	0.303
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.26	0.017	1766	1562	1.343	0.064	0.227	0.294
Crianças que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.255	0.017	1766	1562	1.354	0.065	0.222	0.289
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.277	0.035	263	233	1.271	0.128	0.207	0.348
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.266	0.035	263	233	1.285	0.133	0.195	0.337
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.262	0.034	263	233	1.234	0.129	0.195	0.33
Mulheres grávidas que tomaram medicamentos para a prevenção de malária durante a gravidez	0.531	0.029	679	613	1.505	0.054	0.474	0.589
Mulheres grávidas que receberam SP/Fansidar durante uma visita de cuidados	0.405	0.027	679	613	1.414	0.066	0.351	0.458
Pré-natais	0.338	0.014	1570	1417	1.148	0.041	0.31	0.366
Crianças com febres nas duas semanas anteriores ao inquérito	0.473	0.023	531	479	1.03	0.049	0.427	0.519
NN	27.509	3.835	3010	2716	1.097	0.139	19.839	35.178
PNN	22.442	2.648	3011	2717	0.934	0.118	17.146	27.737
$_1q_0$	49.95	5.233	3012	2718	1.15	0.105	39.485	60.416
$_4q_1$	27.423	3.541	3025	2730	0.979	0.129	20.341	34.505
$_5q_0$	76.004	6.813	3028	2733	1.173	0.09	62.378	89.629
Crianças testadas positivas por malária baseado na leitura de lâminas de gota espessa	0.017	0.006	627	555	1.101	0.33	0.006	0.029

Tabela B.7 Estimativas de erros de amostragem para a área urbana, Angola 2011

Variável	Valor (R)	Erro padrão (EP)	Número de casos: Não ponderados (NP)	Número de casos: Ponderados (WN)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EP/V)	Intervalos de confiança: V-2EP	Intervalos de confiança: V+2EP
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro de qualquer tipo	0.415	0.015	3293	3035	1.781	0.037	0.384	0.445
Número de médio de mosquiteiros de qualquer tipo por agregado	0.648	0.03	3293	3035	1.906	0.047	0.588	0.709
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro alguma vez tratado com insecticida	0.397	0.015	3293	3035	1.769	0.038	0.366	0.427
Número de médio de mosquiteiros alguma vez tratados com insecticida por agregado	0.619	0.029	3293	3035	1.866	0.047	0.56	0.677
Agregados familiares com pelo menos um MTI	0.39	0.015	3293	3035	1.776	0.039	0.359	0.42
Número de médio de MTI por agregado	0.604	0.029	3293	3035	1.872	0.048	0.546	0.663
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.307	0.016	3060	2811	1.542	0.051	0.276	0.338
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.295	0.016	3060	2811	1.596	0.054	0.263	0.327
Crianças que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.289	0.016	3060	2811	1.586	0.055	0.258	0.321
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.295	0.029	475	436	1.354	0.097	0.238	0.353
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.283	0.028	475	436	1.367	0.101	0.226	0.34
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.281	0.028	475	436	1.343	0.099	0.225	0.337
Mulheres grávidas que tomaram medicamentos para a prevenção de malária durante a gravidez	0.582	0.031	1130	1043	2.134	0.054	0.52	0.645
Mulheres grávidas que receberam SP/Fansidar durante uma visita de cuidados	0.477	0.032	1130	1043	2.141	0.067	0.413	0.541
Pré-natais	0.332	0.013	2764	2573	1.44	0.039	0.306	0.358
Crianças com febres nas duas semanas anteriores ao inquérito	0.436	0.02	931	855	1.176	0.046	0.396	0.476
NN	25.248	2.806	5126	4779	1.155	0.111	19.636	30.86
PNN	26.582	2.611	5129	4782	1.128	0.098	21.361	31.804
$_1q_0$	51.83	4.044	5130	4782	1.213	0.078	43.742	59.918
$_4q_1$	31.199	3.645	5150	4803	1.196	0.117	23.909	38.49
$_5q_0$	81.413	6.225	5155	4807	1.395	0.076	68.963	93.862
Crianças testadas positivas por malária baseado na leitura de lâminas de gota espessa	0.014	0.003	1169	1078	1.028	0.256	0.007	0.021

Tabela B.8 Estimativas de erros de amostragem para a área rural, Angola 2011

Variável	Valor (R)	Erro padrão (EP)	Número de casos: Não ponderados (NP)	Número de casos: Ponderados (WN)	Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EP/V)	Intervalos de confiança: V-2EP	Intervalos de confiança: V+2EP
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro de qualquer tipo	0.335	0.021	4737	4995	3.126	0.064	0.292	0.378
Número de médio de mosquiteiros de qualquer tipo por agregado	0.444	0.032	4737	4995	3.072	0.071	0.381	0.507
Agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro alguma vez tratado com insecticida	0.322	0.02	4737	4995	2.985	0.063	0.281	0.362
Número de médio de mosquiteiros alguma vez tratados com insecticida por agregado	0.426	0.03	4737	4995	2.939	0.07	0.366	0.486
Agregados familiares com pelo menos um MTI	0.318	0.02	4737	4995	2.977	0.063	0.278	0.359
Número de médio de MTI por agregado	0.421	0.03	4737	4995	2.935	0.07	0.362	0.481
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.252	0.017	5354	5702	2.344	0.068	0.218	0.287
Crianças que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.247	0.017	5354	5702	2.284	0.068	0.213	0.28
Crianças que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.244	0.017	5354	5702	2.287	0.068	0.211	0.278
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro de qualquer tipo na noite anterior	0.249	0.023	915	948	1.589	0.093	0.203	0.295
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro alguma vez tratado na noite anterior	0.245	0.023	915	948	1.587	0.093	0.199	0.291
Mulheres grávidas que dormiram debaixo dum MTI na noite anterior	0.245	0.023	915	948	1.591	0.094	0.199	0.291
Mulheres grávidas que tomaram medicamentos para a prevenção de malária durante a gravidez	0.244	0.027	1988	2052	2.762	0.109	0.191	0.298
Mulheres grávidas que receberam SP/Fansidar durante uma visita de cuidados	0.184	0.023	1988	2052	2.61	0.123	0.139	0.23
Pré-natais	0.345	0.015	4950	5210	2.149	0.044	0.315	0.375
Crianças com febres nas duas semanas anteriores ao inquérito	0.21	0.027	1714	1797	2.563	0.128	0.157	0.264
NN	27.961	2.559	8925	9399	1.22	0.092	22.844	33.079
PNN	31.364	2.45	8937	9412	1.227	0.078	26.464	36.263
$_1q_0$	59.325	3.496	8938	9414	1.186	0.059	52.332	66.318
$_4q_1$	56.964	4.547	8997	9486	1.422	0.08	47.869	66.058
$_5q_0$	112.909	6.084	9011	9502	1.385	0.054	100.742	125.076
Crianças testadas positivas por malária baseado na leitura de lâminas de gota espessa	0.14	0.021	2255	2416	2.845	0.148	0.099	0.182

TABELA DA QUALIDADE DOS DADOS

Apêndice C

Tabela C.1 Distribuição por idade da população dos agregados familiares

Distribuição percentual ponderada da população de facto dos agregados familiares, por idade e sexo, Angola 2011

	Mulheres		Homens			Mulheres		Homens	
Idade	Número	Percentagem	Número	Percentagem	Idade	Número	Percentagem	Número	Percentagem
0	785	3,9	809	4,1	36	176	0,9	158	0,8
1	840	4,1	840	4,3	37	160	0,8	163	0,8
2	921	4,5	888	4,5	38	219	1,1	186	0,9
3	887	4,4	822	4,2	39	127	0,6	135	0,7
4	903	4,4	829	4,2	40	184	0,9	230	1,2
5	536	2,6	653	3,3	41	88	0,4	87	0,4
6	710	3,5	760	3,9	42	127	0,6	169	0,9
7	565	2,8	603	3,1	43	89	0,4	112	0,6
8	541	2,7	582	3,0	44	76	0,4	80	0,4
9	440	2,2	453	2,3	45	97	0,5	166	0,8
10	576	2,8	593	3,0	46	88	0,4	93	0,5
11	373	1,8	436	2,2	47	59	0,3	91	0,5
12	469	2,3	520	2,6	48	92	0,5	150	0,8
13	513	2,5	381	1,9	49	69	0,3	108	0,5
14	534	2,6	468	2,4	50	317	1,6	166	0,8
15	456	2,2	414	2,1	51	174	0,9	67	0,3
16	426	2,1	418	2,1	52	204	1,0	134	0,7
17	393	1,9	347	1,8	53	143	0,7	111	0,6
18	525	2,6	444	2,3	54	111	0,5	87	0,4
19	423	2,1	287	1,5	55	97	0,5	86	0,4
20	561	2,8	398	2,0	56	100	0,5	85	0,4
21	310	1,5	239	1,2	57	47	0,2	81	0,4
22	401	2,0	327	1,7	58	85	0,4	72	0,4
23	380	1,9	310	1,6	59	53	0,3	72	0,4
24	399	2,0	317	1,6	60	122	0,6	113	0,6
25	364	1,8	405	2,1	61	44	0,2	66	0,3
26	323	1,6	308	1,6	62	69	0,3	62	0,3
27	291	1,4	318	1,6	63	39	0,2	34	0,2
28	352	1,7	319	1,6	64	37	0,2	44	0,2
29	231	1,1	187	1,0	65	36	0,2	52	0,3
30	321	1,6	378	1,9	66	18	0,1	33	0,2
31	138	0,7	150	0,8	67	23	0,1	32	0,2
32	233	1,1	257	1,3	68	39	0,2	48	0,2
33	171	0,8	166	0,8	69	20	0,1	38	0,2
34	162	0,8	132	0,7	70+	239	1,2	298	1,5
35	232	1,1	219	1,1	Sem nformação	5	0,0	23	0,1
					Total	20.356	100,0	19.707	100,0

Note: The de facto population includes all residents and nonresidents who stayed in the household the night before the interview.

Tabela C.2 Distribuição por idade das mulheres elegíveis e entrevistadas

População do agregado familiar de facto de mulheres de 10 a 54 anos, mulheres entrevistadas de 15 a 49 anos e percentagem ponderado mulheres elegíveis que foram entrevistadas, por grupos etários quinquenais. Angola 2011

Grupo de idade	População do agregado familiar de facto de mulheres de 10 a 54 anos	Mulheres entrevistadas de 15 a 49 anos		Percentagem mulheres elegíveis que foram entrevistadas
		Número	Percentagem	
10-14	2.464	-	-	-
15-19	2.223	2.188	25,5	98.4
20-24	2.051	2.023	23,6	98.6
25-29	1.561	1.533	17,8	98.2
30-34	1.024	1.010	11,8	98.6
35-39	914	898	10,5	98.2
40-44	564	544	6,3	96.6
45-49	404	390	4,5	96.5
50-54	950	-	-	-
15-49	8.741	8.586	100,0	98.2

Nota: A população de facto inclui todas as pessoas que dormiram no agregado familiar nà noite anterior à entrevista (residentes e não-residentes). Os ponderadores dos agregados familiares são usados tanto para a população total de mulheres nos agregados como para a amostra de mulheres entrevistadas. A idade é baseada na informação do agregado.
- = Não se aplica

Tabela C.3 Integridade da informação

Percentagem ponderada de observações sem informação por variáveis seleccionadas Angola 2011

Variáveis	Percentagem sem informação	Número
Apenas o mês (nascimentos nos últimos 15 anos)	0,09	18.399
Mês e anos (nascimentos nos últimos 15 anos)	0,14	18.399
Idade a morrer (nascidos vivos nos últimos 15 anos que morreram)	0,00	1.824
Nível de escolaridade (todas as mulheres entrevistadas)	0,00	8.589
Anemia (Crianças vivas de 6 a 59 meses no questionário do agregado familiar)	4,54	3.648

Tabela C.4 Nascimentos nos anos precedentes ao inquérito

Número de nascidos vivos, percentagem ponderado com a data de nascimento completa e índice de masculinidade ao nascer, por numero de anos precedentes ao inquérito, segundo a condição de sobrevivência. Angola 2011

Anos precedentes ao inquérito	Número de nascidos vivos			Percentagem com a data de nascimento completa[1]			Índice de masculinidade ao nascimento			Rácio do ano precedente[3]		
	Vivos	Mortos	Total	Vivos	Mortos	Total	Vivos	Mortos	Total	Vivos	Mortos	Total
0	1.476	140	1.616	100.0	100.0	100.0	99,0	93,5	98,5	na	na	na
1	1.453	112	1.565	99.9	98.1	99.8	100,3	111,2	101,0	na	na	na
2	1.199	147	1.345	99.9	100.0	99.9	117,3	131,1	118,7	89,5	112,3	91,5
3	1.225	150	1.375	100.0	100.0	100.0	109,9	97,8	108,5	110,0	106,3	109,6
4	1.028	135	1.163	99.9	97.5	99.6	104,5	127,3	106,9	94,6	94,0	94,5
5	947	138	1.085	99.9	98.7	99.7	102,3	110,7	103,3	108,0	110,7	108,4
6	726	114	840	100.0	98.4	99.8	108,5	97,2	106,9	76,5	76,9	76,5
7	952	158	1.110	99.8	98.0	99.5	107,4	134,3	110,9	143,8	150,0	144,7
8	597	97	694	99.9	99.1	99.8	128,3	156,8	131,9	70,6	67,8	70,2
9	741	128	869	99.8	97.6	99.5	111,9	109,4	111,5	122,6	129,3	123,6
0-4	6.381	683	7.063	100.0	99.2	99.9	105,5	111,0	106,0	na	na	na
5-9	3.964	635	4.599	99.9	98.3	99.7	110,1	119,3	111,3	na	na	na
10-14	2.743	469	3.211	99.7	97.6	99.4	105,0	123,7	107,5	na	na	na
15-19	1.501	358	1.859	99.7	98.8	99.5	106,1	107,2	106,3	na	na	na
20+	725	222	947	98.6	94.7	97.7	109,4	125,1	112,9	na	na	na
All	15.313	2.367	17.679	99.8	98.2	99.6	106,8	116,3	108,0	na	na	na

na = Não se aplica
[1] O mês e o ano de nascimento estão registados
[2] (Nm/Nf)x100, onde Nm e Nf referem-se a nascimentos masculinos e femininos, respectivamente
[3] [2Nx/(Nx-1+Nx+1)]x100, onde Nx refere-se ao número de nascimentos no ano calendário x

Tabela C.5 Idade ao morrer declarada em dias

Distribuição ponderada das mortes declaradas como ocorridas com menos de 1 mês de idade, por idade ao morrer em dias, e percentagem de mortes neo-natais declaradas como ocorridas entre 0-6 dias de idade, para os nascimentos ocorridos nos períodos de cinco anos anteriores ao inquérito. Angola 2011

Idade ao morrer em dias	Número de anos anteriores ao inquérito				
	0-4	5-9	10-14	15-19	Total 0-19
<1	28	35	25	26	115
1	35	30	18	20	103
2	19	20	11	12	63
3	9	8	7	6	30
4	8	3	3	7	21
5	12	13	10	3	38
6	2	3	4	2	12
7	19	19	12	3	53
8	6	5	3	2	16
9	11	5	3	2	21
10	9	8	5	2	24
11	2	1	1	0	4
12	3	5	0	2	9
13	0	0	1	1	2
14	8	6	3	4	21
15	7	8	4	1	19
16	2	0	2	0	5
17	0	2	2	0	4
18	0	0	1	1	2
19	0	0	0	1	1
20	3	2	1	1	6
21	3	2	1	0	6
22	2	0	2	1	4
23	0	2	1	0	2
24	0	1	2	0	3
25	1	0	0	1	2
26	1	0	2	0	3
27	0	1	1	1	2
28	0	1	1	1	3
29	2	2	2	2	8
30	2	0	2	0	3
Total 0-30	195	182	128	100	605
Percentagem neonatal de 0 a 6 dias[1]	58,0	62,4	61,2	76,4	63,0

[1] Falecimentos nos 6 dias/Falecimentos nos 30 dias

Tabela C.6 Idade ao morrer declarada em meses

Distribuição ponderada das mortes declaradas com menos de 2 anos de idade, segundo a idade em meses ao morrer, e percentagem de mortes de crianças menores de 12 meses de idade declaradas como tendo ocorrido com menos de 1 mês, para os nascimentos ocorridos nos períodos de cinco anos anteriores ao inquérito, Angola 2011

Idade ao morrer em meses	Número de anos anteriores ao inquérito				
	0-4	5-9	10-14	15-19	Total 0-19
<1 mês[1]	195	182	128	100	605
1	17	12	7	10	46
2	28	23	14	11	76
3	30	28	19	14	91
4	20	16	12	3	50
5	11	14	11	9	45
6	24	35	16	10	85
7	18	10	13	12	53
8	13	29	25	9	76
9	13	19	12	12	57
10	10	5	10	5	30
11	9	6	9	5	29
12	20	23	16	15	74
13	8	13	13	5	39
14	8	17	8	7	40
15	4	4	1	1	10
16	4	7	6	4	21
17	3	1	1	0	5
18	10	15	7	8	40
19	3	3	1	1	8
20	2	8	4	4	19
21	2	2	5	0	8
22	0	0	0	0	0
23	0	3	1	0	4
24+	0	1	0	0	1
1 ano	12	7	10	2	31
Total 0-11	388	379	278	198	1.243
Percentagem neonatal[2]	50,2	48,2	46,1	50,4	48,7

[1] Inclui mortes ocorridas com menos de um mês declaradas em dias
[2] Falecimentos <1 mes / Falecimentos <1 ano

COSEP CONSULTORIA LDA.

Directora	Paula Figueiredo
Director adjunto	Joaquim Malungo
Controlador financeiro e coordenador	Tandu Wulu
Supervisores centrais	Diatunga Joana João Dombaxe António Brígida Passo Paulo
Secretária	Deolinda Laurinda Culolo
Recepção do biomarcadores	Ntimasiene Adriana
Registo e processamento de dados	
Recepção e gestão de questionários	Yola Piorino Quiame
Gestão e registo de dados	Casimiro da Graça Luta
Digitadores	Ana Rosa Domingos Quimbangala Angélica Ndombele Arlete Simba Mayula Domingos Pedro Elisabeth Solange Eduardo de Faria Elmira Almeida Fernando Bengui Hermínia de Sousa Landu Ditutala Maria da Conceição Joaquim Maria de Fátima Ferreira Neto Maria João de Sousa Alexandre Olaf Amaro Sebastiana Dias
Equipas de campo	
Supervisores de equipa	António Silvestre Chidioko Eduardo Sambu Nsiamaza Eugenia Tavares Joaquim Florentino Cândido Paixão Manuel Kodia Mário Lucamba Simão Mavungu Kiala Nazaré Domingos Neto Nginga Wulunda Kiesse Simão Silvestre Germano Sábado Teresa L. Paulino António

Editores de campo	Alberto Wote Fuma Gonga Etelvina Edna Batista João Domingos Mandele Lutonadio Kazayi Freitas Luzizila Rosa Alberto Noémia Ferreira Viamonte Nzambi Maria Osvaldo H. Buandaca Muondo Teresa Nana Henriques Wilma da Costa António Wilson Miguel Morais
Inquiridores	António Nicola Kiala Baptista Filipe Sango Claúdio Cardoso dos Santos Diambu Sofia Nambewo Dionísio Adelino Luís Domingas Manuela Maiunga Domingos Ildo João Ndunduma Elisabeth Diva Paulo Francisco Tavares Segundo Geremia Emanuel Mabiala Helena Yolanda B. João Henriques Mukuko Kimanga Ildo Benvindo Morais Isabel Simão Watangua Isaías Fernando Cambuabua João Nzage dos Santos Johnny Nzage dos Santos Jorge Henrique Ntula Jorge Matudidi Neto José Martinho Lenda Josefina Pedro Alberto Luzizila Ariete Gastão Manuel Angelo Filipe Maria Praia Gonçalves Nkala Mpanzo Elisa Nkoko Pedro Nsaku Miguel António Nzinga Roland Mobé Octávio Bernardo Vieira Oliveira António Salomão Pascualina Lufuankenda Pedro Alberto Jorge Rosa Tussevo dos Santos Sebastião da Paixão Isaias Suzana Joana Sebastião Valdemiro Marcelino Gomes Victor Hugo Quiaco Muanza

CONSAÚDE LDA.

Directora	Paula Figueiredo Madaleno
Coordenadora	Carolina Miguel
Técnicos de biometria no campo	Aderito Daniel Mendes Simões António Simão Mata Camila da Conceição Armando Jorge Canga Fukian João Kiakuta Ibuala Luis Pedro da Silva e Sousa Luísa Natália Domingos José Francisco Lukebakueno Victor Domingos Maria Fernanda Hossi Menakuzulo Pedro Ntandu Mbuku Tito Capwacala
Supervisores de laboratório	Henriques V. João Maria Florinda Nana
Técnicos de laboratório	Antónia Adriana da Silva Celestino da Silva Tandela Fatima Andreza Dias Ferreira Félix João Garcia Nazaré Pembele

ICF INTERNATIONAL

Coordenador nacional	Juan Schoemaker
Especialista de amostragem	Alfredo Aliaga
Consultor de processamento de dados	Júlio Ortuzar
Especialista de biomarcadores	Velma Lopez
Consultor	Housni El-Arbi
Especialista de GIS e cartografia	Thea Roy
Especialista de preparação de documentos	Kaye Mitchell

REDACÇÃO DO RELATÓRIO

Juan Schoemaker
André Mia Veta
Paula Figueiredo Madaleno

QUESTIONÁRIOS

Apêndice E

INQUÉRITO DE INDICADORES DE MALARIA DE ANGOLA

COSEP CONSULTORIA - CONSAUDE

QUESTIONÁRIO DE AGREGADOS FAMILIARES

IDENTIFICAÇÃO

NOME DA LOCALIDADE _____ [ ][ ]

REGIÃO _____ [ ]

PROVINCIA _____ [ ][ ]

MUNICIPIO _____ [ ][ ]

NÚMERO DO CONGLOMERADO DO IIMS..... [ ][ ][ ]

URBANO / RURAL (URBANO =1 / RURAL = 2) ..... [ ]

NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAF..... [ ][ ][ ]

NOME DO CHEFE DO AGREGADO _____

MARQUE UMA "X" NO CIRCULO SE O AGREGADO FOI SELECCIONADO PARA A TESTAGEM DE MALÁRIA ..... ○

VISITAS DA ENTREVISTADORA

	1	2	3	ÚLTIMA VISITA
DATA	_____	_____	_____	DIA [ ][ ]
				MÊS [ ][ ]
				ANO 2 0 1 1
NOME DO (DA) INQUIRIDOR (A)	_____	_____	_____	CÓDIGO [ ][ ][ ]
RESULTADO*	_____	_____	_____	RESULTADO [ ]
PRÓXIMA VISITA: DATA	_____	_____		NÚMERO DE VISITAS [ ]
HORA	_____	_____		

*CÓDIGOS DOS RESULTADOS:

1 COMPLETO
2 NENHUM MEMBRO DO AGREGADO EM CASA OU NENHUM MEMBRO COMPETENTE
3 TODOS OS MEMBROS DO AGREGADO AUSENTES POR UM TEMPO PROLONGADO
4 ADIADO
5 RECUSADO
6 EDIFÍCIO RESIDENCIAL INABITADO OU NÃO RESIDENCIAL
7
8 RESIDÊNCIA NÃO LOCALIZADA
9 OUTRAS _____ (ESPECIFIQUE)

TOTAL PESSOAS [ ][ ]

TOTAL MULHERES 15-49 [ ][ ]

Nº DE LINHA DO INQUIRIDO DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO [ ][ ]

SUPERVISOR	EDITOR DE CAMPO	DIGITADO POR
NOME _____		
DATA _____ [ ][ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]

APRESENTAÇÃO E CONSENTIMENTO

Olá, chamo-me __ trabalho para o Ministério da Saúde. Estamos a realizar um inquérito sobre a malária em todo o país. Gostaria de fazer-lhe algumas perguntas. Espero que consinta. A informação que prestar ajudará o governo a planificar os serviços de saúde. Normalmente, o inquérito tem a duração de 15 a 20 minutos.

A informação prestada será confidencial e não será partilhada com mais ninguém para além dos membros da nossa equipa. Não será obrigado a responder à questão alguma. Se não quiser comentar sobre alguma pergunta, informe e passarei para a pergunta seguinte; ou pode interromper o inquérito a qualquer momento. Contudo, espero que participe, pois a sua opinião é importante

Quer fazer-me alguma pergunta sobre o inquérito? Posso começar agora?

Assinatura do inquiridor: _____ Data: _____

O INQUIRIDO CONCORDA COM A ENTREVISTA 1 ↓ **O INQUIRIDO NÃO CONCORDA COM A ENTREVISTA** ... 2 → FIM

TABELA DO AGREGADO FAMILIAR

LINHA Nº	RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES	GRAU DE PAREN TESCO	SEXO	RESIDÊNCIA		IDADE	MULHERES DE 15-49 ANOS		CRIANÇA- < 5
	Por favor diga-me os nomes das pessoas que vivem consigo habitualmente e os hóspedes do agregado que tenham passado a noite, começando pelo chefe do agregado DEPOIS DE ALISTAR OS NOMES, RELAÇÃO DE PARENTESCO E SEXO DE CADA PESSOA FAÇA PERGUNTAS 2A - 2C PARA ASSEGURAR -SE DE QUE A LISTA ESTEJA COMPLETA. DEPOIS FAÇA PERGUNTAS APROPRIADAS NAS COLUNAS 5-10 DE CADA	Qual é a relação de (NOME) com o chefe do agre-gado? VERIFI-QUE OS CÓDI-GOS ABAIXO	É (NOME) homem ou mulher?	(NOME) habitual mente vive aqui?	(NOME) passou aqui a noite?	Que idade tem (NOME)?	FAÇA UM CÍRCUL O NO Nº DE LINHA DE TODAS AS MULHE RES COM 15-49 ANOS	A (NOME) está grávida actualmen-te?	FAÇA CÍRCULO NO NÚMERO DE LINHA DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	10
			M F	SIM NÃO	SIM NÃO	EM ANOS		SIM NAO/NS	
01			1 2	1 2	1 2		01	1 2	01
02			1 2	1 2	1 2		02	1 2	02
03			1 2	1 2	1 2		03	1 2	03
04			1 2	1 2	1 2		04	1 2	04
05			1 2	1 2	1 2		05	1 2	05
06			1 2	1 2	1 2		06	1 2	06
07			1 2	1 2	1 2		07	1 2	07
08			1 2	1 2	1 2		08	1 2	08
09			1 2	1 2	1 2		09	1 2	09
10			1 2	1 2	1 2		10	1 2	10

CÓDIGOS PARA Q. 3: GRAU DE PARENTESCO EM RELAÇAO AO CHEFE DO AGREGADC

01 = CHEFE
02 = ESPOSA OU ESPOSO
03 = FILHO OU FILHA
04 = CRIANÇA ADOPTIVA
05 = GENRO OU NAORA
06 = NETO
07 = PROGENITOR
08= SOGRO OU SOGRA
09 = IRMAO OU IRMA
10 = SOBRINHA/SOBRINHO DE SANGUE
11 = SOBRINHA/SOBRINHO POR MATRIMÔNIO
12 = OUTROS PARENTES
13 = ENTEADO
14 = SEM PARENTESCO
98 = NAO SABE

TABELA DO AGREGADO FAMILIAR

LINHA Nº	RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES	GRAU DE PAREN TESCO	SEXO	RESIDÊNCIA		IDADE	MULHERES DE 15-49 ANOS		CRIANÇA- < 5
	Por favor diga-me os nomes das pessoas que vivem consigo habitualmente e os hóspedes do agregado que tenham passado a noite, começando pelo chefe do agregado DEPOIS DE ALISTAR OS NOMES, RELAÇÃO DE PARENTESCO E SEXO DE CADA PESSOA FAÇA PERGUNTAS 2A - 2C PARA ASSEGURAR -SE DE QUE A LISTA ESTEJA COMPLETA. DEPOIS FAÇA PERGUNTAS APROPRIADAS NAS COLUNAS 5-10 DE CADA	Qual é a relação de (NOME) com o chefe do agre-gado? VERIFI-QUE OS CÓDI-GOS ABAIXO	É (NOME) homem ou mulher?	(NOME) habitual mente vive aqui?	(NOME) passou aqui a noite?	Que idade tem (NOME)?	FAÇA UM CÍRCUL O NO Nº DE LINHA DE TODAS AS MULHE RES COM 15-49 ANOS	A (NOME) está grávida actualmen-te?	FAÇA CÍRCULO NO NÚMERO DE LINHA DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
			M F	S N	S N	EM ANOS		SIM NAO/NS	
11			1 2	1 2	1 2		11	1 2	11
12			1 2	1 2	1 2		12	1 2	12
13			1 2	1 2	1 2		13	1 2	13
14			1 2	1 2	1 2		14	1 2	14
15			1 2	1 2	1 2		15	1 2	15
16			1 2	1 2	1 2		16	1 2	16
17			1 2	1 2	1 2		17	1 2	17
18			1 2	1 2	1 2		18	1 2	18
19			1 2	1 2	1 2		19	1 2	19
20			1 2	1 2	1 2		20	1 2	20

ASSINALE AQUI SE FOR USADO QUESTIONARIO ADICIONAL ☐

2A) Para me certificar de que eu tenha a lista completa, há outras pessoas com crianças que não tenham sido alistadas?
há outras pessoas com crianças que não tenham sido alistadas?

SIM ☐ → ADDICIONE Á TABELA NÃO ☐

2B) Há outras pessoas que não sejam membros da sua família como empregados, inquilinos, amigos que vivem habitualmente aqui?

SIM ☐ → ADDICIONE Á TABELA NÃO ☐

2C) Há hóspedes ou visitantes temporários que estejam hospedados aqui, ou outra pessoa que tenha estado aqui

SIM ☐ → ADDICIONE Á TABELA NÃO ☐

CARACTERÍSTICAS DAS RESIDÊNCIAS

Nº	QUESTÕES	CODIFICAÇÃO	SALTAR
101	Qual a principal fonte de água para beber para os membros do seu agregado familiar?	**ÁGUA CANALIZADA** CANALIZADA NA RESIDÊNCIA . . . . . 11 CANALIZADA PARA O QUINTAL . . . . . 12 TORNEIRA PÚBLICA / CHAFARIZ . . . . . 13 TUBO DE PERFURAÇÃO OU TUBO DE SONDAGEM . . . . . 21 **CACIMBA CAVADA / POÇO** CACIMBA PROTEGIDA . . . . . 31 CACIMBA NÃO PROTEGIDA 32 **ÁGUA DE FONTEÁGUA DE FONTE** FONTE PROTEGIDA . . . . . 41 FONTE DESPROTEGIDA . . . . . 42 ÁGUA DA CHUVA . . . . . 51 CAMIÃO CISTERNA . . . . . 61 CARROÇA COM TANQUE PEQUENO . . . . . 71 ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO / LAGO / RIACHO / CANAL . . . . . 81 ÁGUA ENGARRAFADA . . . . . 91 OUTRAS _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
102	Que tipo de instalações sanitárias usam os membros do seu agregado familiar?	**TOILETTE DE FLUXO DE ÁGUA** PARA SISTEMA ESGOTO CANALIZADO 11 PARA TANQUE SÉPTICO . . . . . 12 PARA LATRINA DE FENDA . . . . . 13 PARA OTRO SITIO . . . . . 14 FLUXO DE AGUA NÃO SABE ONDE . . . 15 **LATRINA ESCAVADA / DE FENDA** VENTILADA MELHORADA (VIP) . . . . . 21 COM PIA CIMENTADA . . . . . 22 SEM PIA CIMENTADA / FENDA ABERTA 23 TOILETE DE ADUBO . . . . . 31 TOILETE DE BALDE . . . . . 41 TOILETE / LATRINA SUSPENSA(O) . . . . . 51 NÃO HÁ TOILETTE / MATO / CAMPO . . . . . 61 OUTROS _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
103	O seu agregado tem:	**SIM** **NÃO**	
	Energia eléctrica da rede pública?	ENERGIA ELÉCTRICA 1 2	
	Um gerador?	GERADOR 1 2	
	Um rádio?	RÁDIO 1 2	
	Uma geleira?	GELEIRA 1 2	
	Uma máquina de costura?	MÁQUINA DE COSTURAR 1 2	
	Um televisor?	TELEVISOR 1 2	
104	Algum membro desta família possui:	**SIM** **NÃO**	
	Um relógio de pulso?	RELÓGIO DE PULSO 1 2	
	Um telefone móvel?	TELEFONE MÓVEL 1 2	
	Uma bicicleta?	BICICLETA 1 2	
	Uma motocicleta?	MOTOCICLO 1 2	
	Um carro ou camião?	CARRO / CAMIÃO 1 2	
	Um barco ou canóa?	BARCO / CANÓA 1 2	

Nº	QUESTÕES	CODIFICAÇÃO	SALTAR
105	Que tipo de combustível o seu agregado mais usa para cozinhar?	ELECTRICIDADE . . . . . 01 LPG / GÁS NATURAL . . . . . 02 PETRÓLEO . . . . . 03 CARVÃO . . . . . 04 LENHA . . . . . 05 PALHA . . . . . 06 ESTRUME / BOSTA . . . . . 07 NÃO SE COZINHA NO AGREGADO . . . . . 95 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
106	MATERIAL PRINCIPAL DO CHÃO REGISTE A SUA OBSERVAÇÃO	**CHÃO NATURAL** TERRA BATIDA /AREIA . . . . . 11 BOSTA . . . . . 12 **CHÃO RUDIMENTAR** TABUAS / PRANCHAS DE MADEIRA . . . 21 PALHA / PALMEIRA / BAMBÚ . . . . . 22 **CHÃO ACABADO** PARQUETE / MADEIRA POLIDA . . . . . 31 LINÓLEO / VINIL . . . . . 32 CERÂMICA / MOSAICO / TIJOLEIRA . . . 33 CIMENTO . . . . . 34 TAPETE . . . . . 35 OUTROS _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
107	MATERIAL PRINCIPAL DO TECTO REGISTE A SUA OBSERVAÇÃO	**TECTO RUDIMENTAR** PALMEIRA / BAMBÚ / ESTEIRA . . . . . 21 PRANCHAS DE MADEIRA . . . . . 22 LONA ENCERADA / PLÁSTICO . . . . . 23 **TECTO ACABADO** ZINCO, METAL . . . . . 31 PRANCHAS DE ASBESTOS. . . . . 32 TELHAS CERÁMICAS . . . . . 33 BETÃO, CIMENT0 . . . . . 34 OUTROS _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
108	MATERIAL PRINCIPAL DAS PAREDES REGISTE A SUA OBSERVAÇÃO	**PAREDES RUDIMENTARES** PALHA / ESTEIRAS . . . . . 13 PAPELÃO / PLASTICO . . . . . 14 PAUS E BARRO . . . . . 15 BLOCOS DE BARRO . . . . . 16 CANAS / PALMEIRAS / TRONCOS . . . . . 17 MADEIRA USADA . . . . . 18 **PAREDES ACABADAS** CIMENTO OU BLOCOS DE PEDRA . . . . . 31 TIJOLOS . . . . . 32 PRANCHA DE MADEIRA . . . . . 33 OUTROS _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
109	Quantos quartos na casa são usados para dormir?	NÚMERO DE QUARTOS . . . . . [ ][ ]	
109A	Alguma vez nos últimos 12 meses, alguém pulverizou as paredes interiores da sua residência contra os mosquitos?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	110
109B	Há quantos meses a casa foi pulverizada? SE MENOS DO QUE UM MÊS, REGISTE '00'	MESES ANTES . . . . . [ ][ ]	
109C	Quem pulverizou a casa?	TRABALHADOR DE SAÚDE / ESTADO . . . A ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL B EMPRESA PRIVADA . . . . . C OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE . . . . . Y	

Nº	QUESTÕES	CODIFICAÇÃO	SALTAR
110	A residência possui mosquiteiros que possam ser usadas para dormir?	SIM . . . . . 1 NÃO 2	→ 112
111	Quantos mosquiteiros a tua casa tem? SE EXISTEM 7 OU MAIS MOSQUITEIROS, REGISTE '7'	NÚMERO DE MOSQUITEIROS . . . . . [ ]	→ 113
112	Por que a tua residência não possui mosquiteiros? REGISTE TODOS OS MENCIONADOS	NÃO HÁ MOSQUITOS . . . . . A NÃO HA REDES DISPONÍVEIS . . . . . B NÃO GOSTA USAR MOSQUITEIROS . . . . . C AS REDES SÃO MUITO CARAS . . . . . D OUTROS _____ X (ESPECIFIQUE)	200

		REDE #1	REDE #2	REDE #3
113	PEÇA AO AO INQUIRIDO PARA LHE MOSTRAR AS REDES. SE MAIS DO QUE TRES USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS.	OBSERVADA, COM FUROS ... 1 OBSERVADA, SEM FUROS ... 2 NÃO OBSERVADO . 3	OBSERVADA, COM FUROS ... 1 OBSERVADA, SEM FUROS ... 2 NÃO OBSERVADO . 3	OBSERVADA, COM FUROS ... 1 OBSERVADA, SEM FUROS ... 2 NÃO OBSERVADO . 3
114	Há quantos meses o seu agregado obteve o mosquiteiro? MENOS DE UM MÊS, ESCREVA '00'. SE A RESPOSTA É DADA EM ANOS, CONVERTA EM MESES	MESES..... [ ][ ] MAIS DO QUE 36 MESES ATRAS 95 NÃO SABE 98	MESES ..... [ ][ ] MAIS DO QUE 36 MESES ATRAS 95 NÃO SABE 98	MESES ..... [ ][ ] MAIS DO QUE 36 MESES ATRAS 95 NÃO SABE 98
115	O mosquiteiro foi comprado ou foi oferecido?	COMPRADO ..... 1 OFERECIDC..... 2 (PASSE A 117) ←┤ NÃO SABE 8	COMPRADO ..... 1 OFERECIDO ..... 2 (PASSE A 117) ←┤ NÃO SABE 8	COMPRADO ..... 1 OFERECIDO ..... 2 (PASSE A 117) ←┤ NÃO SABE 8
116	Quanto pagou pelo mosquiteiro? SE NÃO SABE, ESCREVA '9998'.	Akz [ ][ ][ ][ ]	Akz [ ][ ][ ][ ]	Akz [ ][ ][ ][ ]
117	VERIFIQUE OU PERGUNTEA MARCA / TIPO DE MOSQUITEIRO	JOIA ..... 11 OLYSET ..... 12 PERMANET ..... 13 SEGURO E SALVO 14 OUTRA MARCA 15 PERMANENTE... 16 (PASSE A 121)← OUTRA MARCA TRATADO 46 OUTRA MARCA NÃO SABE O TIPO 96 NÃO SABE 98	JOIA ..... 11 OLYSET ..... 12 PERMANET ..... 13 SEGURO E SALVO 14 OUTRA MARCA 15 PERMANENTE... 16 (PASSE A 121)← OUTRA MARCA TRATADO 46 OUTRA MARCA NÃO SABE O TIPO 96 NÃO SABE 98	JOIA ..... 11 OLYSET ..... 12 PERMANET ..... 13 SEGURO E SALVO 14 OUTRA MARCA 15 PERMANENTE... 16 (PASSE A 121)← OUTRA MARCA TRATADO 46 OUTRA MARCA NÃO SABE O TIPO 96 NÃO SABE 98
118	Quando obteve o mosquiteiro, já estava tratado com insecticida para matar our repelir mosquitos?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
119	Desde que obteve o mosquiteiro, foi alguma vez impregnado ou mergulhado nalgum líquido para matar ou repelir mosquitos?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 121) ←┤ NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 121) ←┤ NÃO SABE 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (PASSE A 121) ←┤ NÃO SABE 8
120	Há quantos meses o mosquiteiro foi embebido ou mergulhado pela última vez? MENOS DE UM MÊS, ESCREVA '00'.	MESES ANTES..... [ ][ ] HÁ MAIS DE 24 MESES .... 95 NÃO SABE 98	MESES ANTES ..... [ ][ ] HÁ MAIS DE 24 MESES .... 95 NÃO SABE 98	MESES ANTES ..... [ ][ ] HÁ MAIS DE 24 MESES .... 95 NÃO SABE 98
121	Alguêm dormiu debaixo este mosquiteiro a noite passada?	SIM . 1 NÃO 2 (PASSE A 123)←┤ NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 123)←┤ NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 123)←┤ NÃO SABE 8

		REDE #1	REDE #2	REDE #3
122	Quem dormiu debaixo do mosquiteiro na noite passada? REGISTE O NÚMERO DE LINHA DAS PESSOAS A PARTIR DA TABELA DO AGREGADO (COLUNA 1)	NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐	NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐	NOME _____ NÚMERO DE FILHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____ NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐
123		VOLTE PARA 113 PARA A REDE SEGUINTE, OU SE NÃO HÁ MAIS REDES AVANCE PARA 201.	VOLTE PARA 113 PARA A REDE SEGUINTE, OU SE NÃO HÁ MAIS REDES AVANCE PARA 201.	VOLTE PARA 113 PARA A REDE SEGUINTE, OU SE NÃO HÁ MAIS REDES AVANCE PARA 201.

TESTAGEM DE MALÁRIA E ANEMIA EM CRIANÇAS ENTRE 0-5 ANOS

200	**CONFIRA A CAPA** O AGREGADO FOI SELECCIONADO PARA TESTAGEM DE CRIANÇAS ☐ ↓	O AGREGADO NÃO FOI SELECCIONADO PARA TESTAGEM DE CRIANÇAS ☐ →		**ACABE A ENTREVISTA**
201	VERIFIQUE A COLUNA 10. ESCREVA O NÚMERO DE LINHA E NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ENTRE 0-5 ANOS NA P. 202 POR ORDEM DE NÚMERO DE LINHA. SE HOUVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAL. PREENCHA OS Ps. 209 E 211.			
		CRIANÇA 1	**CRIANÇA 2**	**CRIANÇA 3**
202	NÚMERO DE LINHA DA COLUNA 10 NOME DA COLUNA 2	NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... ☐☐ NOME _____
203	SE A MÃE FOI INQUIRIDA, COPIE O MÊS E ANO DA CRIANÇA DO HISTORIAL DE NASCIMENTO, PERGUNTE O DIA. SE A MÃE NÃO FOI INQUIRIDA, PERGUNTE : Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA ..... ☐☐ MÊS ..... ☐☐ ANO ☐☐☐☐	DIA ..... ☐☐ MÊS ..... ☐☐ ANO ☐☐☐☐	DIA ..... ☐☐ MÊS ..... ☐☐ ANO ☐☐☐☐
204	VERIFIQUE 203: CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2006 OU MAIS TARDE	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)
205	VERIFIQUE 203: A IDADE DA CRIANÇA ESTÁ ENTRE 0-5 MESES, ALGUMA CRIANÇA FOI NASCIDA NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO MESES ANTERIORES?	0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2	0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2	0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2
206	NÚMERO DA LINHA DO PAI, A MÃE OU DO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (COL. 1 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR). ANOTE 00' SE NÃO ESTIVER LISTADO.	NUMERO DE LINHA ..... ☐☐	NUMERO DE LINHA ..... ☐☐	NUMERO DE LINHA ..... ☐☐
207	PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE **ANEMIA** AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA	ACEITOU ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU 2	ACEITOU ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU 2	ACEITOU ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU 2
208	PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE **MALARIA** AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA	ACEITOU ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU 2	ACEITOU ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU 2	ACEITOU ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU 2
	CONDUZA OS TESTES CONSENTIDOS E AVANCE PARA 209			
209	REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DO TESTE DE **ANEMIA**	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 211)	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 211)	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 211)
210	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PANFLETO DE ANEMIA	G/DL ☐☐.☐	G/DL ☐☐.☐	G/DL ☐☐.☐
211	REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DE TESTE DE **MALARIA**	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 215)	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 215)	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 215)
212	COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO BARRAS AQUI, SOBRE A LÂMINA E SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS			

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
213	RESULTADO DO TESTE DE **MALÁRIA**	POSITIVO ..... 1 NEGATIVO ..... 2 PASSE A 215 OUTRO 6	POSITIVO ..... 1 NEGATIVO ..... 2 PASSE A 215 OUTRO 6	POSITIVO ..... 1 NEGATIVO ..... 2 PASSE A 215 OUTRO 6
214	LEIA A INFORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTO PARA AS CRIANÇAS QUE TIVERAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE MALÁRIA.	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL..... 4 OUTRO 5	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL..... 4 OUTRO 5	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL..... 4 OUTRO 5
215		VOLTE PARA 203 NA COLUNA SEGUINTE DESTE QUESTIONÁRIO OU NA PRIMEIRA COLUNA DO QUESTIONÁRIO ADICIONAL		
		CRIANÇA 4	**CRIANÇA 5**	**CRIANÇA 6**
202	NÚMERO DE LINHA DA COLUNA 10 NOME DA COLUNA 2	NÚMERO DE LINHA ... NOME _____	NÚMERO DE LINHA ... NOME _____	NÚMERO DE LINHA ... NOME _____
203	SE A MÃE FOI INQUIRIDA, COPIE O MÊS E ANO DA CRIANÇA DO HISTORIAL DE NASCIMENTO, PERGUNTE O DIA. SE A MÃE NÃO FOI INQUIRIDA, PERGUNTE : Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA ..... MÊS ..... ANO	DIA ..... MÊS ..... ANO	DIA ..... MÊS ..... ANO
204	VERIFIQUE 203: CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2006 OU MAIS TARDE	SIM ..... 1 NÃO..... 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215	SIM ..... 1 NÃO..... 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215	SIM ..... 1 NÃO..... 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215
205	VERIFIQUE 203: A IDADE DA CRIANÇA ESTÁ ENTRE 0-5 MESES, ALGUMA CRIANÇA FOI NASCIDA NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO MESES ANTERIORES?	0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 203 DA CRIANÇA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 218) 6 MESES OU MAIS ... 2	0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 203 DA CRIANÇA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 218) 6 MESES OU MAIS ... 2	0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 203 DA CRIANÇA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 218) 6 MESES OU MAIS ... 2
206	NÚMERO DA LINHA DO PAI, A MÃE OU DO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (COL. 1 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR). ANOTE 00' SE NÃO ESTIVER LISTADO.	NUMERO DE LINHA	NUMERO DE LINHA	NUMERO DE LINHA .....
207	PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE **ANEMIA** AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA	ACEITOU 1 (ASSINATURA) RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) RECUSOU 2
208	PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE **MALARIA** AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA	ACEITOU 1 (ASSINATURA) RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) RECUSOU 2
		CONDUZA OS TESTES CONSENTIDOS E AVANCE PARA 209		
209	REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DO TESTE DE **ANEMIA**	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 211)	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 211)	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 211)
210	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PANFLETO DE ANEMIA	G/DL .	G/DL .	G/DL .

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
211	REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DE TESTE DE **MALARIA**	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 215)	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 215)	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 6 (PASSE A 215)
212	COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO BARRAS AQUI, SOBRE A LÂMINA E SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS			
213	RESULTADO DO TESTE DE **MALÁRIA**	POSITIVO ..... 1 NEGATIVO ..... 2 PASSE A 215 OUTRO 6	POSITIVO ..... 1 NEGATIVO ..... 2 PASSE A 215 OUTRO 6	POSITIVO ..... 1 NEGATIVO ..... 2 PASSE A 215 OUTRO 6
214	LEIA A INFORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTO PARA AS CRIANÇAS QUE TIVERAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE MALÁRIA.	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL..... 4 OUTRO 5	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL..... 4 OUTRO 5	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL..... 4 OUTRO 5
215		VOLTE PARA 203 NA COLUNA SEGUINTE DESTE QUESTIONÁRIO OU NA PRIMEIRA COLUNA DO QUESTIONÁRIO ADICIONAL		

PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA

Como parte do inquérito, solicitamos as pessoas em todo o país para fazerem um teste de anemia. A anemia é um problema de saúde grave que geralmente resulta de má nutrição, infecção ou doença crónica. Este inquérito vai apoiar o governo para desenvolver programas de prevenção e tratamento de anemia.
Pedimos que todas as crianças nascidas em 2006 ou depois participem na testagem de anemia dando amostra de sangue colectada do dedo. O equipamento usado para colecta do sangue é limpo e completamente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois de cada teste.
O sangue será usado imediatamente para testar a anemia e o resultado ser-lhe-á comunicado na hora. O resultado será estritamente confidencial, isto é, não será partilhado com mais ninguém fora da equipe do inquérito. Tem alguma pergunta?
Poderá aceitar ou negar o teste. A decisão depende de si. Vai permitir que (NOME DA CRIANÇA) participe do teste de anemia?

PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE MALÁRIA

Como parte do inquérito, solicitamos as pessoas em todo o país para fazerem um teste de malária. A malária é uma doença grave causada por parasitas transmitidas por picadas de mosquitos. Este inquérito vai apoiar o governo para desenvolver programas de prevenção e tratamento de malária.
Pedimos que todas as crianças nascidas em 2006 ou depois participem na testagem de malária dando amostra de sangue colectada do dedo. O equipamento usado para colecta do sangue é limpo e completamente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois de cada teste.
O sangue será usado imediatamente para testar a malária e o resultado ser-lhe-á comunicado na hora. O resultado será estritamente confidencial, isto é não será partilhado com mais ninguém fora da equipe do inquérito. Tem alguma pergunta?
Poderá aceitar ou negar o teste. A decisão depende de si. Vai permitir que (NOME DA CRIANÇA) participe do teste de malária?

TRATAMENTO PARA AS CRIANÇAS QUE TIVERAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE MALÁRIA

SE O TESTE DE MALARIA FOR POSITIVO: O teste de malária indica que seu filho tem malária. Podemos dar-lhe medicamento gratuito.
O medicamento chama-se **TERAPIA DE COMBINAÇÃO À BASE DE ARTEMISININA** "TCA". Este medicamento é muito eficaz e em poucos dias elimina a febre e outros sintomas.

PERGUNTE SE A CRIANÇA JÀ ESTÁ A TOMAR OUTROS MEDICAMENTOS ANTES DE OFERECER TCA. EM CASO AFIRMATIVO, PEÇA PARA VER OS MEDICAMENTOS. SE A CRIANÇA JÁ ESTÁ TOMANDO TCA, VERIFIQUE A DOSE QUE FOI DADA. TENHA ATENCÃO PARA NÃO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EM EXCESSO Á CRIANÇA

Voçê não tem que dar o medicamento à criança. Isso depende de voçê. Por favor me diga se aceita ou não o medicamento

INQUERITO DE INDICADORES DE MALARIA DE ANGOLA

COSEP CONSULTORIA - CONSAUDE

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA MULHERES

IDENTIFICAÇÃO

NOME DA LOCALIDADE _____	
REGIÃO _____	
PROVINCIA _____	
MUNICIPIO _____	
NÚMERO DO CONGLOMERADO DO IIM	
URBANO / RURAL (URBANO =1 / RURAL = 2)	
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR	
NOME E NÚMERO DE LINHA DA MULHER _____	

VISITAS DA ENTREVISTADORA

	1	2	3	ÚLTIMA VISITA
DATA				DIA
				MÊS
				ANO 2 0 1 1
NOME DO (DA) INQUIRIDOR (A)				CÓDIGO
RESULTADO*				RESULTADO
DATA				NÚMERO DE VISITAS
HORA				

*CÓDIGOS DOS RESULTADOS:

1	COMPLETA	4	RECUSADA		
2	AUSENTE DE CASA	5	PARCIALMENTE COMPLETA	7	OUTRA _____ (ESPECIFIQUE)
3	ADIADA	6	INCAPACITADA		

SUPERVISOR	REVISTO NO GABINETE POR	DIGITADO POR
NOME _____		
DATA _____		

APRESENTAÇAO E CONSENTIMENTO

Bom dia (boa tarde. Chamo-me _____ e sou da COSEP Consultoria. Estamos a realizar um inquérito sobre a malária em todo o país. Eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas, espero que consinta. A informação que fornecer ajudará o Governo a planificar os serviços de saúde. A cessão terá a duração de entre dez a vinte minutos. A informação que prestar será mantida em confidencialidade e não será compartilhada com qualquer outra pessoa que não seja membro da equipa de inquérito. A participação no inquérito não é obrigatória. Se lhe fizer alguma pergunta que não queira responder, informe-me, e eu prosseguirei para a pergunta seguinte; ou poderá interromper a entrevista em qualquer instante. Porém, esperamos que participe no inquérito, pois que as suas opiniões são importantes. Quer fazer alguma pergunta sobre o inquérito? Posso iniciar a cessão agora?

Assinatura do inquiridor _____ Data: _____

A INQUIRIDA CONSENTE A ENTREVISTA .... 1 ↓ A INQUIRIDA NÃO CONSENTE A ENTREVISTA .... 2 → FIM

SECÇÃO 1. ANTECEDENTES DA ENTREVISTADA

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE A
101	REGISTE A HORA	HORA . . . . . [ ][ ] MINUTOS . . . . . [ ][ ]	
102	Em que ano e mês você nasceu?	MÊS . . . . . [ ][ ] NÃO SABE O MÊS . . . . . 98 ANO . . . . . [ ][ ][ ][ ] NÃO SABE O ANO 9998	
103	Que idade você tinha no seu último aniversário? COMPARE E CORRIJA 104 OU 105 CASO SEJA INCOMPATÍVEL.	IDADE . . . . . [ ][ ]	
104	Alguma vez frequentou a escola?	SIM . . . . . 1 NÃO 2	→108
105	Qual é o nível mais alto de escolaridad que frequentou: ensino de base, secundário, ou superior?	ENSINO DE BASE . . . . . 1 MEDIO . . . . . 2 SUPERIOR 3	
106	Qual é a mais alta (classe/ano) que completou nesse nível?	CLASSE / ANO . . . . . [ ][ ]	
	ENSINO DE BASE 1 NIVEL **ENSINO DE BASE 2 NIVEL** **ENSINO DE BASE 3 NIVEL** **MEDIO . . . . . .** **SUPERIOR 5**	**1 2 3 4 CLASSE** **5 6 CLASSE** **7 8 9 CLASSE** **9 10 11 12 CLASSE** **1 2 3 4 5 6 ANO**	
107	CONFIRA 105: ENSINO DE BASE [ ] ↓ MEDIO OU MAIS ALTO [ ]		→109
108	Agora gostaria que lesse esta frase para mim. MOSTRAR AS FRASES AO INQUIRIDO. SE O INQUIRIDO NÃO PUDER LER A FRASE COMPLETA, INDAGUE: Pode ler alguma parte da frase para mim?	NÃO CONSEGUE LER . . . . . 1 CAPAZ DE LER APENAS ALGUMAS PARTES DA FRASE . . . . . 2 CONSEGUE LER A FRASE COMPLETA. . 3 NENHUM CARTÃO NA LÍNGUA EXIGIDA _____ 4 (ESPECIFIQUE A LÍNGUA) INVISUAL/DEFICIENTE VISUAL 5	

1. A criança está a ler um livro
2. A agricultura é trabalho muito duro
3. Os pais devem cuidar dos filhos
4 As chuvas foram torrenciais este ano

109	Qual é a sua religião?	CATÓLICA . . . . . 1 CRISTIANIA / PROTESTANTE . . . . . 2 ISLÃO . . . . . 3 RELIGIÃO TRADICIONAL . . . . . 4 NENHUMA RELIGIÃO . . . . . 5 OUTRA _____ 6 ESPECIFIQUE	
110	Em que lingua aprendeu a falar?	PORTUGUÊS . . . . . 01 COQWE . . . . . 02 KIMBUNDU . . . . . 03 KIKONGO . . . . . 04 KWANYAMA . . . . . 05 NGANGUELA . . . . . 06 UMBUNDU . . . . . 07 OUTRA _____ 96 ESPECIFIQUE	

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE A
201	Agora gostaria de fazer perguntas sobre todos os filhos e filhas nascidos vivos. Já teve algum(a) filho(a) nascido(a) vivo(a) ?	SIM ..... 1 NÃO 2	→ 206
202	Tem algum filho que tenha nascido de si e que viva consigo? Quero dizer filho biológico.	SIM ..... 1 NÃO 2	→ 204
203	Quantos filhos vivem consigo? E quantas filhas vivem consigo? CASO NÃO TENHA NENHUM, REGISTE '00'.	FILHOS EM CASA ..... [ ][ ] FILHAS EM CASA ..... [ ][ ]	
204	Tem algum filho/filha nascido/a de si que esteja vivo, porém, não viva consigo?	SIM ..... 1 NÃO 2	→ 206
205	Quantos filhos estão vivos, que porém não moram consigo? E quantas filhas estão vivas, porém não moram consigo? CASO NÃO TENHA NENHUM, REGISTE '00'.	FILHOS FORA DE CASA ..... [ ][ ] FILHAS FORA DE CASA ..... [ ][ ]	
206	Nasceu algum filho vivo que tenha morrido depois? SE NÃO, INVESTIGA: Algum bebé que tenha dados alguns ganidos ou dado sinais de vida mas não sobreviveu	SIM ..... 1 NÃO 2	→ 208
207	Quantos filhos morreram? E quantas filhas morreram? NENHUM, REGISTE '00'.	FILHOS FALECIDOS ..... [ ][ ] FILHAS FALECIDAS ..... [ ][ ]	
208	SOME AS RESPOSTAS EM 203, 205 E 207, E INDIQUE O TOTAL. CASO NÃO HAJA NENHUMA, REGISTE '00'.	TOTAL ..... [ ][ ]	
209	CONFIRA 208: Dentre todos, nascidos de si tem ____ (TOTAL) filhos. Correcto? SIM [ ] ↓ NÃO [ ] → INVESTIGA E CORRIJA 201-208 CONFORME O RESULTADO		
210	CONFIRA 208: UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS [ ] ↓ NENHUM NASCIDO VIVO [ ] →		→ 224

211 Agora, gostaria de saber os nomes de todos os seus filhos, quer estejam vivos ou não, começando pelo primeiro.

REGISTE OS NOMES TODOS EM 212. REGISTE OS GÊMEOS E TRIGÊMEOS EM FILAS SEPARADAS.

(CASO HAJA MAIS DE 12 PARTOS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL COMEÇANDO COM A SEGUNDA FILA).

212 Qual é o nome do seu primeiro filho? Qual é o nome do seu segundo filho? ....etc. (NOME)	213 O(A) (NOME) é gêmeo?	214 De que sexo é (NOME)	215 Em que mês e ano nasceu (NOME)? INVESTIGA: Qual é o seu dia de aniversario?	216 Ainda está vivo (a) (NOME)?	217 SE ESTÁ VIVO: Quantos anos tem (NOME)? REGISTE A IDADE	218 SE ESTÁ VIVO: (NOME) vive consigo	219 : REGISTE O NÚMERO DE LINHA DO FILHO NO QUEST. DE AGREGADO FAMÍLIAR (REGISTE '00' SE NÃO ESTÁ LISTADO)	220 SE JÁ FALECEU: Que idade tinha (NOME) quando faleceu? SE TINHA MENOS DE 1 ANO: PERGUNTE: Quantos meses tinha (NOME)? ANOTE DIAS SE MENOS DE 1 MÊS, MESES SE MENOR DE 2 ANOS E ANOS SE SÃO 2 OU MAIS ANOS	221 Houve algum outro nascimento entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior, incluindo crianças que morreram logo após o parto?
01	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	Nº DE LINHA PRÓXIMO NASCIMIENTO	DIAS . . . . 1 MESES 2 ANOS 3	
02	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS ANO	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA (PASSE A 221)	DIAS . . . . 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM . . . . 1 ADICIONE NASCIM NÃO. . . . . 2 PRÓXIMO NASCIM.
03	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM . . . . 1 NAO 2	Nº DE LINHA (PASSE A 221)	DIAS 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM . . . . 1 ADICIONE NASCIM NÃO. . . . . 2 PRÓXIMO NASCIM.
04	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS ANO	SIM. 1 SIM 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM. 1 NÃO 2	Nº DE LINHA (PASSE A 221)	DIAS . . . . 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM . . . . 1 ADICIONE NASCIM NÃO. . . . . 2 PRÓXIMO NASCIM.
05	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS ANO	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA (PASSE A 221)	DIAS. 1 MÊS. 2 ANOS. 3	SIM . . . . 1 ADICIONE NASCIM NÃO. . . . . 2 PRÓXIMO NASCIM.
06	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS ANO	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM . . . . 1 ADICIONE NASCIM NÃO. . . . . 2 PRÓXIMO NASCIM.
07	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS ANO	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES 2 ANOS. 3	SIM . . . . 1 ADICIONE NASCIM NÃO. . . . . 2 PRÓXIMO NASCIM.
08	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS ANO	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES 2 ANOS. 3	SIM . . . . 1 ADICIONE NASCIM NÃO. . . . . 2 PRÓXIMO NASCIM.
09	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS ANO	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES 2 ANOS. 3	SIM . . . . 1 ADICIONE NASCIM NÃO. . . . . 2 PRÓXIMO NASCIM.

212 Qual é o nome do seu primeiro filho? Qual é o nome do seu segundo filho? ....etc. (NOME)	213 O(A) (NOME) é gêmeo?	214 De que sexo é (NOME)	215 Em que mês e ano nasceu (NOME)? INVESTIGA: Qual é o seu dia de aniversario?	216 Ainda está vivo (a) (NOME)?	217 SE ESTÁ VIVO: Quantos anos tem (NOME)? REGISTE A IDADE	218 SE ESTÁ VIVO: (NOME) vive consigo	219 : REGISTE O NÚMERO DE LINHA DO FILHO NO QUEST. DE AGREGADO FAMÍLIAR (REGISTE '00' SE NÃO ESTÁ LISTADO)	220 SE JÁ FALECEU: Que idade tinha (NOME) quando faleceu? SE TINHA MENOS DE 1 ANO: PERGUNTE: Quantos meses tinha (NOME)? ANOTE DIAS SE MENOS DE 1 MÊS, MESES SE MENOR DE 2 ANOS E ANOS SE SÃO 2 OU MAIS ANOS	221 Houve algum outro nascimento entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior, incluindo crianças que morreram logo após o parto?
10	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS [ ][ ] ANO [ ][ ][ ][ ]	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS [ ][ ]	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA [ ][ ] → (PASSE A 221)	DIAS .... 1 MESES. 2 ANOS. 3 [ ][ ]	SIM .... 1 ADICIONE NASCIM NÃO..... 2 PRÓXIMO NASCIM.
11	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS [ ][ ] ANO [ ][ ][ ][ ]	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS [ ][ ]	SIM .... 1 NAO 2	Nº DE LINHA [ ][ ] → (PASSE A 221)	DIAS 1 MESES. 2 ANOS. 3 [ ][ ]	SIM .... 1 ADICIONE NASCIM NÃO..... 2 PRÓXIMO NASCIM.
12	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS [ ][ ] ANO [ ][ ][ ][ ]	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS [ ][ ]	SIM. 1 NÃO 2	Nº DE LINHA [ ][ ] → (PASSE A 221)	DIAS .... 1 MESES. 2 ANOS. 3 [ ][ ]	SIM .... 1 ADICIONE NASCIM NÃO..... 2 PRÓXIMO NASCIM.
13	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS [ ][ ] ANO [ ][ ][ ][ ]	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS [ ][ ]	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA [ ][ ] → (PASSE A 221)	DIAS. 1 MÊS. 2 ANOS. 3 [ ][ ]	SIM .... 1 ADICIONE NASCIM NÃO..... 2 PRÓXIMO NASCIM.
14	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS [ ][ ] ANO [ ][ ][ ][ ]	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS [ ][ ]	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA [ ][ ] → (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES. 2 ANOS. 3 [ ][ ]	SIM .... 1 ADICIONE NASCIM NÃO..... 2 PRÓXIMO NASCIM.
15	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS [ ][ ] ANO [ ][ ][ ][ ]	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS [ ][ ]	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA [ ][ ] → (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES 2 ANOS. 3 [ ][ ]	SIM .... 1 ADICIONE NASCIM NÃO..... 2 PRÓXIMO NASCIM.
16	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS [ ][ ] ANO [ ][ ][ ][ ]	SIM. 1 NÃO. 2 → 220	IDADE EM ANOS [ ][ ]	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA [ ][ ] → (PASSE A 221)	DIAS. 1 MÊS. 2 ANOS. 3 [ ][ ]	SIM .... 1 ADICIONE NASCIM NÃO..... 2 PRÓXIMO NASCIM.

222	Teve outro filho depois do nascimento do (NOME DO ÚLTIMO FILHO)? SE RESPONDE "SIM", PERGUNTE E COMPLETE A HISTÓRIA DE NASCIMENTOS	SIM ..... 1 NÃO 2
223	COMPARE 208 COM NÚMERO DE FILHOS ACIMA MENCIONADOS E MARQUE: OS NÚMEROS SÃO IGUAIS [ ] ↓ OS NÚMEROS SÃO DIFERENTES [ ] → (((VERIFIQUE E CORRIJA A INCONSISTÊNCIA)	
224	CONFIRA 215 E ANOTE O NÚMERO DE NASCIMENTOS DESDE 2006.	NÚMERO DE NASCIMENTOS [ ][ ]

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE A
225	Actualmente está grávida?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	227
226	Há quantos meses está grávida? REGISTE O NÚMERO DE MESES.	MESES ..... [ ][ ]	
227	CONFIRA 224: UM OU MAIS NASCIMENTOS EM 2006 OU DEPOIS [ ] NENHUM NASCIMENTO EM 2006 OU DEPOIS [ ]		501

SECÇÃO 3. GRAVIDEZ E TRATAMENTO INTERMITENTE PREVENTIVO

301	CONFIRA 212 E 215: REGISTE EM 302 O NOME E NÚMERO DE ORDEM DO NASCIMENTO MAIS RECENTE DESDE 2006, MESMO QUE A CRIANÇA JÁ NÃO ESTEJA EM VIDA. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua última gravidez que terminou em um nascimento.		
302	NOME E NÚMERO DE ORDEM A PARTIR DE 212	NOME DO ÚLTIMO NASCIDO VIVO _____ NÚMERO DE ORDEM ..... [ ][ ]	
303	Quando estava grávida do/da (NOME) visitou alguém para efectuar consulta pré-natal? SE SIM: Quem? Mais alguém? **INVESTIGA PARA IDENTIFICAR AS PESSOAS E REGISTE TODAS PESSOAS MENCIONADAS.**	MÉDICO ..... A ENFERMEIRA ..... B PARTEIRA ..... C PARTEIRA AUXILIAR ..... D PARTEIRA TRADICIONAL ..... E OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM ..... Y	
303A	Durante a gravidez alguém lhe disse que as mulheres grávidas precisam tomar algum tipo de medicamento para **proteger-se** contra a malária? **ENFATIZE "PROTEGER-SE"**	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SEI 8	
304	Durante a gravidez, tomou algum medicamento para **proteger-se contra** a malária? **ENFATIZE "PROTEGER-SE". NÃO FAÇA O CÍRCULO EM '1' SE LHE FOI DADO UM MEDICAMENTO PORQUE TINHA MALÁRIA.**	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	401
305	Que medicamentos tomou para proteger-se contra a malária? **REGISTE TODOS OS MEDICAMENTOS MENCIONADOS. SE ELA NÃO SOUBER OS TIPOS DE MEDICAMENTO, MOSTRA-LHE O ANTI-PALÚDICO TÍPICO.**	SP / FANSIDAR ..... A CLOROQUINA ..... B COARTEM ..... C OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... Z	
306	CONFIRA 305: MEDICAMENTOS TOMADOS PARA A PREVENÇÃO DA MALÁRIA CÓDIGO 'A' FOI CIRCULADO [ ] ↓ CÓDIGO 'A' NÃO FOI CIRCULADO [ ] →		401
307	Quantas vezes tomou SP / Fansidar durante esta gravidez?	NÚMERO DE VEZES ..... [ ][ ]	
308	CONFIRA 303: CUIDADOS PRÉ NATAIS PRESTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE DURANTE A GRAVIDEZ CÓDIGOS 'A', 'B', 'C' OU 'D' FORAM CIRCULADOS [ ] ↓ OUTRO [ ] →		401
309	Obteve SP / Fansidar nalguma consulta de cuidado pré natal, numa outra consulta numa uinidade sanitária ou de outra fonte?	CONSULTA PRÉ NATAL ..... 1 CONSULTA EM OUTRA UNIDADE SANITÁRIA ..... 2 OUTRA FONTE _____ 6 (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 4. FEBRE EM CRIANÇAS

401	REGISTE NA TABELA O NÚMERO DE ORDEM, NOME E ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA FILHO NASCIDO VIVO DESDE 2006 OU DEPOIS. FAÇA PERGUNTAS SOBRE TODOS ESTES NASCIMENTOS, COMEÇE PELO ÚLTIMO NASCIMENTO (SE HOUVER MAIS DE TRES NASCIMENTOS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL, COMEÇANDO PELA PRIMEIRA COLUNA) Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a saúde do (s) seu (s) filho (s). (Vou faze-las individualmente, um de cada vez.)			
402	NÚMERO DE ORDEM NA PERGUNTA 212	ÚLTIMO NASCIMENTO NÚMERO DE ORDEM .... [ ][ ]	PENÚLTIMO NASC. NÚMERO DE ORDEM .... [ ][ ]	ANTE-PENÚLTIMO NASC. NÚMERO DE ORDEM .... [ ][ ]
403	CONFIRA 212 E 215	NOME _____ VIVO [ ] FALECIDO [ ] (PASSE A 403 NA PRÓXIMA COLUNA. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)	NOME _____ VIVO [ ] FALECIDO [ ] (PASSE A 403 NA PRÓXIMA COLUNA. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)	NOME _____ VIVO [ ] FALECIDO [ ] (PASSE A 403 NA PRIMEIRA COL-UNA DO NOVO QUESTIONAIRO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMEN-TOS, PASSE A 501)
404	O (NOME) teve febre alguma vez nas últimas 2 semanas ?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMEN-TOS PASSE A 501) NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMEN-TOS PASSE A 501) NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 403 NA PRIMEIRA COL-UNA DO NOVO QUESTIONAIRO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMEN-TOS, PASSE A 501) NÃO SABE 8
405	Há quantos dias começou a febre? SE MENOS DE UM DIA ESCREVA '00'.	DIAS ..... [ ][ ] NÃO SABE 98	DIAS ..... [ ][ ] NÃO SABE 98	DIAS ..... [ ][ ] NÃO SABE 98
406	Procourou conselho ou trata-mento de alguma fonte para combater a febre?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 411)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 411)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 411)
407	De onde obteve tratamento? D e algum outro local? INVESTIGA PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO(S) CÓDIGO(S) CORRESPONDENTE(S) SE NÃO PODE DETERMINAR SE ALGUM HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, OU CLÍNICA SEJA PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LOCAL _____ (NOME DO LOCAL(IS))	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL ESTATAL A CENTRO DE SAÚDE B POSTO DE SAÚDE . C CLÍNICA MÓVEL .... D TRABALHADOR DE CAMPANHA . E EMPRESA PÚBLICA F OUTRO _____ G **SECTOR PRIVADO** HOSPITAL PRIVADO H CLÍNICA PRIVADA . I MÉDICO PRIVADO . J FARMÁCIA . K CLÍNICA MÓVEL .... L OUTRO PRIVADO _____ M (ESPECIFIQUE) **OUTRA FONTE** LOJA ..... N PROVEDOR TRADICIONAL .... O OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL ESTATAL A CENTRO DE SAÚDE B POSTO DE SAÚDE . C CLÍNICA MÓVEL .... D TRABALHADOR DE CAMPANHA . E EMPRESA PÚBLICA F OUTRO _____ G **SECTOR PRIVADO** HOSPITAL PRIVADO H CLÍNICA PRIVADA . I MÉDICO PRIVADO . J FARMÁCIA . K CLÍNICA MÓVEL .... L OUTRO PRIVADO _____ M (ESPECIFIQUE) **OUTRA FONTE** LOJA ..... N PROVEDOR TRADICIONAL .... O OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL ESTATAL A CENTRO DE SAÚDE B POSTO DE SAÚDE . C CLÍNICA MÓVEL .... D TRABALHADOR DE CAMPANHA . E EMPRESA PÚBLICA F OUTRO _____ G **SECTOR PRIVADO** HOSPITAL PRIVADO H CLÍNICA PRIVADA . I MÉDICO PRIVADO . J FARMÁCIA . K CLÍNICA MÓVEL .... L OUTRO PRIVADO _____ M (ESPECIFIQUE) **OUTRA FONTE** LOJA ..... N PROVEDOR TRADICIONAL .... O OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)

NO.		ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASC. NOME _____	ANTE-PENÚLTIMO NASC. NOME _____
408	CONFIRA 407:	2 OU MAIS CÓDIGOS CIRCUN-DADOS ☐ / SÓ UM CÓDIGO CIRCUN-DADO ☐ (PASSE A 410)	2 OU MAIS CÓDIGOS CIRCUN-DADOS ☐ / SÓ UM CÓDIGO CIRCUN-DADO ☐ (PASSE A 410)	2 OU MAIS CÓDIGOS CIRCUN-DADOS ☐ / SÓ UM CÓDIGO CIRCUN-DADO ☐ (PASSE A 410)
409	De onde inicialmente obteve conselho ou tratamento? USE O CÓDIGO DA PERGUNTA 407.	PRIMEIR0 LUGAR ☐	PRIMEIR0 LUGAR ☐	PRIMEIR0 LUGAR ☐
410	Quando começou a febre, quanto demorou até levar a criança para a consulta ou tratamento? SE NO MESMO DIA ANOTE '00'.	DIAS ..... ☐☐	DIAS ..... ☐☐	DIAS ..... ☐☐
411	(NOME) continua doente com febre?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
411A	Enquanto (NOME) esteve doente, alguem tirou sangue do dedo da mao ou do calcanhar?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE 8
412	Enquanto (NOME) esteve doente, tomou algum medicamento para curar a doença?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501) NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501) NÃO SABE 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 403 NA PRIMEIRA COL-UNA DO NOVO QUESTIONAIRO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMEN-TOS, PASSE A 501) NÃO SABE 8
413	Que medicamentos (NOME) tomou? Algum outro medicamento? ANOTE TODOS OS MENCIONADOS SE O TIPO DE MEDICAMENTO NÃO É CONHECIDO PEÇA PARA VÊ-LO. SE NÃO CONSEGUIR E SE O TIPO DE MEDICAMENTO CONTINUAR INDETERMINADO, MOSTRE OS MEDICAMENTOS TÍPICOS CONTRA A MALÁRIA AO RESPONDENTE	**ANTI MALÁRICOS** SP / FANSIDAR . A CLOROQUINA .... B QUININO ..... C COARTEM D OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E (ESPECIFIQUE) **OUTROS** ASPIRINA ..... F ACETAMINOFENO G PARACETAMOL . H IBUPROFEN ..... I OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... Z	**ANTI MALÁRICOS** SP / FANSIDAR . A CLOROQUINA .... B QUININO ..... C COARTEM D OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E (ESPECIFIQUE) **OUTROS** ASPIRINA ..... F ACETAMINOFENO G PARACETAMOL . H IBUPROFEN ..... I OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... Z	**ANTI MALÁRICOS** SP / FANSIDAR . A CLOROQUINA .... B QUININO ..... C COARTEM D OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E (ESPECIFIQUE) **OUTROS** ASPIRINA ..... F ACETAMINOFENO G PARACETAMOL . H IBUPROFEN ..... I OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... Z
414	CONFIRA 413: QUALQUER CÓDIGO DE A-E DENTRO FOI CIRCUNDADO	SIM ☐ / NÃO ☐ (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)	SIM ☐ / NO NÃO ☐ (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)	SIM ☐ / NÃO ☐ (PASSE A 403 NA PRIMEIRA COLUNA DO NOVO QUESTIONAIRO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)

NO.		ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASC. NOME _____	ANTE-PENÚLTIMO NASC. NOME _____
415	Voce já tinha (NOME DO MEDICAMENTO NA PERGUNTA 413) em casa quando a criança ficou doente? PERGUNTE SEPARADAMENTE SOBRE CADA MEDICAMENTO MENCIONADO DE "A" ATÉ "E" QUE A CRIANÇA USOU SEGUNDO A PERGUNTA 413. SE TINHA ALGUNS MEDICAMENTO CIRCUNDE OS MEDICAMENTOS. SE NÃO TINHA NENHUM MEDICAMENTO NA CASA, CIRCUNDE "Y".	SP / FANSIDAR .... A CLOROQUINA ..... B QUININO ..... C COARTEM ..... D OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E (ESPECIFIQUE) NÃO TINHA MEDICAMENTOS . Y	SP / FANSIDAR .... A CLOROQUINA ..... B QUININO ..... C COARTEM ..... D OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E (ESPECIFIQUE) NÃO TINHA MEDICAMENTOS . Y	SP / FANSIDAR .... A CLOROQUINA ..... B QUININO ..... C COARTEM ..... D OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E (ESPECIFIQUE) NÃO TINHA MEDICAMENTOS . Y
416	CONFIRA 413: SP/FANSIDAR ('A') DADO	CÓDIGO 'A' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'A' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 419)	CÓDIGO 'A' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'A' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 419)	CÓDIGO 'A' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'A' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 419)
417	Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou SP / Fansidar pela primeira ves?	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8
418	Por quantos dias (NOME) tomou SP / Fansidar? 7 DIAS OU MAIS, ESCREVA '7'.	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8
419	CONFIRA 413: CLOROQUINA ('B') DADA	CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'B' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 422)	CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'B' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 422)	CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'B' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 422)
420	Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou cloroquina pela primeira ves?	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8
421	Por quantos dias (NOME) tomou cloroquina? 7 DIAS OU MAIS, ESCREVA '7'.	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8
422	CONFIRA 413: QUININO ('C') DADO	CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'C' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 425)	CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'C' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 425)	CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'C' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 425)

NO.		ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASC. NOME _____	ANTE-PENÚLTIMO NASC. NOME _____
423	Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou quinino pela primeira ves?	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8
424	Por quantos dias (NOME) tomou quinino? 7 DIAS OU MAIS, ERSCREVA '7'.	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8
425	CONFIRA 413: COARTEM ('D') DADO	CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 428)	CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 428)	CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 428)
426	Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou Coartem pela primeira ves?	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8
427	Por quantos dias (NOME) tomou Coartem? SETE DIAS OU MAIS, ESCREVE'7'.	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8
428	CONFIRA 413: OUTRO ANTI MALÁRICO ('E') DADO	CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 431)	CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 431)	CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO ☐ CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO ☐ (PASSE A 431)
429	Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou o (OUTRO ANTI MALÁRICO) pela primeira ves?	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ..... 0 DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS .... 4 NÃO SABE 8
430	Por quantos dias (NOME) tomou o (OUTRO ANTI MALÁRICO) ? 7 DIAS OU MAIS, ESCREVA '7'.	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8	DIAS ..... ☐ NÃO SABE 8
431		VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501	VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501	PASSE A 403 NA PRIMEIRA COLUNA DO NOVO QUESTIONAIRO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)

SECÇAO 5. INFORMAÇAO SOBRE MALÁRIA

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇAO	SALTE
501	Já alguma vez ouviu falar de uma doença conheciida como malaria?	SIM . . . . . 1 NAO 2	→ 512
502	Como alguém pode reconhecer que uma pessoa está doente com malária? CIRCUNDE TODAS AS COISAS MENCIONADAS.	FEBRE . . . . . A CALAFRIOS . . . . . B DOR DE CABEÇA . . . . . C DOR NAS ARTICULAÇOES . . . . . D FALTA DE APETITE . . . . . E OUTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO CONHECE NENHUM . . . . . Z	
503	Quais são as pessoas mais susceptível de contrair malária aguda? CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	CRIANÇAS . . . . . A MULHERES GRÁVIDAS . . . . . B ADULTOS . . . . . C IDOSOS . . . . . D TODOS IGUAIS . . . . . E OUTRAS _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE . . . . . Z	
504	Quais são as causas da malária? CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	PICADAS DE MOSQUITOS . . . . . A ÁGUA SUJA . . . . . B AMBIENTE SUJO . . . . . C ALIMENTOS CONTAMINADOS . . . . . D BRUXARIA . . . . . E OUTRAS _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO CONHECE NENHUMA . . . . . Z	
505	Há formas de prevenir a malaria?	SIM . . . . . 1 NAO . . . . . 2 NÃO SABE 8	507
506	Quais são as formas de prevençao da malaria? CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	DORMIR DEBAIXO DO MOSQUITEIRO A USAR ESPIRAIS CONTRA MOSQUITOS . . . . . B FAZER A FUMIGAÇÃO DA CASA . . . . C MANTER PORTAS E JANELAS FECHADAS . . . . . D USAR REPELENTE DE INSECTOS . . . . E MANTER O AMBIENTE LIMPO . . . . . F APARAR A RELVA . . . . . G OUTRAS _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE . . . . . Z	
507	A malaria pode ser tratada?	SIM . . . . . 1 NAO . . . . . 2 NÃO SABE 8	509
508	Que medicamentos são administrados para tratar a malaria? CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	SP / FANSIDAR . . . . . A CLOROQUINA . . . . . B QUININO . . . . . C COARTEM . . . . . D ASPIRINA, PANADOL, PARACETAMOL, ETC. . . . . E ERVAS MEDICINAIS . . . . . F OUTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE . . . . . Z	
509	Nos últimos meses, viu ou ouviu alguma mensagem sobre a malária?	SIM . . . . . 1 NAO 2	→ 512

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇAO	SALTE
510	Que mensagens sobre a malária viu ou ouviu? CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	PROCURAR TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE FEBRE .... A DORMIR DEBAIXO DE REDE MOSQUITEIRA ..... B MULHERES GRÁVIDAS DEVEM TOMAR MEDICAMENTOS PARA PREVENIR A MALÁRIA .... C A MALÁRIA PODE CAUSAR A MORTE ..... D OUTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SE LEMBRA ..... Z	
511	Onde viu ou ouviu estas mensagens? CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	RÁDIO ..... A TELEVISÃO ..... B JORNAL ..... C CLUBE DE VÍDEO ..... D CARTÕES PUBLICITÁRIOS ..... E POSTER ..... F FOLHETO / BROCHURA ..... G ESCOLA / COLÉGIO / UNIVERSIDADE H AGENTES DE SAÚDE / PROMOTORES DE SAÚDE ..... I OUTRAS _____ X (ESPECIFIQUE)	
512	REGISTE O TEMPO.	HORA ..... [ ][ ] MINUTOS ..... [ ][ ]	

OBSERVAÇÕES DO INQUIRIDOR

DEVERÁ SER PREENCHIDO DEPOIS DE CONCLUIR A ENTREVISTA

COMENTÁRIOS SOBRE A INQUIRIDA:

COMENTÁRIOS SOBRE QUESTÕES ESPECÍFICAS:

OUTROS COMENTÁRIOS

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

NOME DO SUPERVISOR: _____ DATA: _____

OBSERVAÇÕES DO EDITOR

NOME DO EDITOR: _____ DATA: _____