

Angola



**Inquérito de Indicadores
de Malária**

2006-07

O Inquérito de Indicadores de Malária em Angola 2006-07 (IIMA 2006-07) foi implementado pela *Consultoria de Serviços e Pesquisas – COSEP, Consultoria, Lda* e pela *Consultoria de Gestão e Administração em Saúde – Consaúde, Lda*, entre Novembro de 2006 e Abril de 2007. Todas as actividades foram estreitamente coordenadas em conjunto com o Ministério da Saúde de Angola e o Programa Nacional de Controlo da Malária. A Macro Internacional Inc. providenciou assistência técnica e financiamento através do projecto MEASURE DHS, um projecto financiado pela USAID, em apoio à implementação de inquéritos populacionais e da saúde a nível mundial. O financiamento para o IIMA 2006-07 foi providenciado pela USAID – Angola, a President’s Malaria Initiative (PMI) e pelo Fundo Global de Combate ao SIDA, Tuberculose, e Malária – GFATM, gerido pelo PNUD.

A realização desta publicação foi possível graças ao apoio da Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos no âmbito do contrato N° GPO-C-00-03-00002-00. As opiniões expressas nesta publicação são dos autores e não reflectem necessariamente os pontos de vista da Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos.

Mais informações sobre o Inquérito de Indicadores de Malária em Angola 2006-07 podem ser obtidas junto do: Dr. André Nlando Mia Veta, COSEP-Consultoria, Lda, Rua Custódio Bento de Azevedo N°. 71/73, Bairro Valódia – CP 5169, Luanda, Angola, Tel: (244) 923 343 774 ou pelo correio electrónico: miaveta@cosep-ang.com.

Informações sobre o programa de DHS podem ser obtidas junto do projecto MEASURE DHS, Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA; Tel: 301-572-0200, Fax: 301-572-0999, correio electrónico: reports@macrointernational.com, Internet: www.measuredhs.com.

Citação recomendada:

Consultoria de Serviços e Pesquisas – COSEP Lda., Consultoria de Gestão e Administração em Saúde – Consaúde Lda. [Angola] e Macro International Inc. 2007. *Inquérito de Indicadores da Malária em Angola 2006-07*. Calverton, Maryland: COSEP Lda., Consaúde Lda., e Macro International Inc.

Tradução ao Português: por VENTRAL, Lda.

Nota da capa: A Palanca Negra Gigante (*Hippotragus niger variani*) retratada na capa é única a Angola e desempenha um papel importante na cultura nacional. Figura como o emblema da companhia aérea nacional de Angola. A Selecção Angolana de Futebol também adoptou a designação de Palancas Negras.

A Palanca Negra Gigante é uma grande subespécies rara do Antílope Gigante que vive na região localizada entre os rios Cuango e Luando em Angola. Tanto os machos como as fêmeas nascem com uma cor vermelha escura, ambas tendo cornos. Entretanto, aos três anos de idade, os machos escurecem e tornam-se negros e desenvolvem cornos encurvados imponentes que atingem os 165 cm de comprimento. A imagem que figura na capa foi retirada de Photos.com (www.photos.com), uma colectânea de fotografias pertencente a um serviço profissional de subscrição isento de direitos.

CONTEÚDOS

	Página	
Tabelas e Gráficos.....	v	
Prefácio	vii	
Abreviações.....	ix	
Resumo de Resultados.....	xi	
Mapa de Angola	xiv	
CAPÍTULO 1	INTRODUÇÃO	
1.1	Geografia, História, e População.....1	
1.1.1	Geografia.....1	
1.1.2	História.....1	
1.1.3	População	2
1.2	Malária em Angola.....2	
1.2.1	Visão Global	2
1.2.2	Epidemiologia.....2	
1.2.3	Políticas do Programa Nacional de Combate à Malária	4
1.3	Objectivos do Inquérito de Indicadores de Malária.....4	
1.4	Metodologia do Inquérito	5
1.4.1	Questionários	5
1.4.2	Amostragem	5
1.4.3	Recrutamento e Formação do Pessoal	6
1.4.4	Trabalho do Campo.....6	
1.4.5	Registo e Gestão de Dados	6
1.4.6	Taxas de Respostas	7
CAPÍTULO 2	POPULAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR E CARACTERÍSTICAS DOS INQUIRIDOS	
2.1	População do Agregado Familiar por Idade e Sexo	9
2.2	Composição do Agregado Familiar.....10	
2.3	Características do Agregado Familiar	10
2.3.1	Água Potável.....11	
2.3.2	Saneamento	11
2.3.3	Características de Habitação	12
2.4	Bens dos Agregados Familiares.....13	
2.5	Características dos Inquiridos de Sexo Feminino	13
2.5.1	Nível de Escolaridade e Alfabetização.....14	

CAPÍTULO 3	FECUNDIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA	
3.1	Fecundidade	17
3.1.1	Fecundidade Actual	17
3.1.2	Crianças Nascidas Vivas e Sobreviventes	19
3.1.3	Intervalos Entre Nascimento	20
3.1.4	Maternidade Adolescente	21
3.2	Saúde Reprodutiva	21
3.2.1	Cuidado Pré-natal	21
3.2.2	Lugar de Parto	23
3.2.3	Assistência Durante o Parto	23
CAPÍTULO 4	MALÁRIA	
4.1	Pulverização Domiciliária	25
4.2	Posse de Redes Mosquiteiras	26
4.3	Uso de Redes Mosquiteiras	27
4.3.1	Crianças Menores de Cinco Anos	27
4.3.2	Mulheres Grávidas	29
4.4	Uso de Medicamentos Antimaláricos Durante a Gravidez	30
4.5	Prevalência e Tratamento Pontual de Febre em Crianças Menores de Cinco Anos	31
4.6	Prevalência da Malária e Anemia	34
4.6.1	Crianças Menores de Cinco Anos	35
4.6.2	Mulheres Entre 15-49 Anos	35
REFERÊNCIAS		37
APÊNDICE A	DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DA AMOSTRA	39
APÊNDICE B	ESTIMATIVAS DE ERROS DE AMOSTRAGEM	43
APÊNDICE C	TABELAS DA QUALIDADE DOS DADOS	51
APÊNDICE D	PESSOAS QUE PARTICIPARAM NO INQUÉRITO DE INDICADORES DE MALÁRIA EM ANGOLA 2006-07	55
APÊNDICE E	QUESTIONÁRIOS	57

TABELAS E GRÁFICOS

	Página
CAPÍTULO 1	INTRODUÇÃO
Tabela 1.1	Regiões epidemiológicas da malária3
Tabela 1.2	Resultados dos inquéritos aos agregados familiares e aos indivíduos7
Gráfico 1.1	Zonas de Endemicidade da Malária3
CAPÍTULO 2	POPULAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR E CARACTERÍSTICAS DOS INQUIRIDOS
Tabela 2.1	População do agregado familiar por idade e sexo9
Tabela 2.2	Composição dos agregados familiares10
Tabela 2.3	Água potável para uso doméstico11
Tabela 2.4	Meios sanitários dos agregados familiares12
Tabela 2.5	Características de habitação12
Tabela 2.6	Electrodomésticos duradouros13
Tabela 2.7	Antecedentes dos inquiridos14
Tabela 2.8	Nível de escolaridade alcançado pelas mulheres15
Tabela 2.9	Alfabetização das mulheres16
Gráfico 2.1	Pirâmide da População10
CAPÍTULO 3	FECUNDIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA
Tabela 3.1	Fecundidade actual17
Tabela 3.2	Fecundidade por antecedentes18
Tabela 3.3	Crianças nascidas vivas e sobreviventes19
Tabela 3.4	Intervalos de nascimento20
Tabela 3.5	Maternidade adolescente21
Tabela 3.6	Cuidado pré-natal22
Tabela 3.7	Lugar de nascimento23
Tabela 3.8	Assistência durante o parto24
Gráfico 3.1	Taxas Específicas de Fecundidade por Idade e Residência Urbana e Rural18
CAPÍTULO 4	MALÁRIA
Tabela 4.1	Pulverização domiciliária25
Tabela 4.2	Posse de redes mosquiteiras26
Tabela 4.3	Posse de redes mosquiteiras obtidas durante a campanha “Viva Vida com Saúde”27
Tabela 4.4	Uso de redes mosquiteiras por crianças28
Tabela 4.5	Uso de redes mosquiteiras por mulheres grávidas29

Tabela 4.6	Uso profilático de medicamentos antimaláricos e uso de tratamento intermitente preventivo (TIP) por mulheres durante a gravidez.....	31
Tabela 4.7	Prevalência e tratamento pontual da febre.....	32
Tabela 4.8	Tipo e período dos medicamentos antimaláricos.....	33
Tabela 4.9	Disponibilidade em casa dos medicamentos antimaláricos tomados por crianças com febre	34
Tabela 4.10	Malária e anemia em crianças.....	35
Tabela 4.11	Malária e anemia em mulheres	36

APÊNDICE A DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DA AMOSTRA

Tabela A.1	Distribuição dos conglomerados seleccionados por domínio.....	40
Tabela A.2	Distribuição dos conglomerados por província.....	40
Tabela A.3	Implementação da amostra: mulheres	42

APÊNDICE B ESTIMATIVAS DE ERROS DE AMOSTRAGEM

Tabela B.1	Lista de variáveis seleccionadas para erros muestrales	45
Tabela B.2	Erros muestrales: Amostra nacional	46
Tabela B.3	Erros muestrales: Amostra urbana	46
Tabela B.4	Erros muestrales: Amostra rural	47
Tabela B.5	Erros muestrales: Amostra região Mesoendémica Istável	47
Tabela B.6	Erros muestrales: Amostra região Hiperendémica.....	48
Tabela B.7	Erros muestrales: Amostra região Mesoendémica Inestável.....	48
Tabela B.8	Erros muestrales: Amostra Luanda.....	49

APÊNDICE C TABELAS DA QUALIDADE DOS DADOS

Tabela C.1	Distribuição da idade dos agregados	51
Tabela C.2	Distribuição da idade das mulheres elegíveis inquiridas	52
Tabela C.3	Nascimentos por ano civil	52
Tabela C.4	Notificação da idade à morte, em dias.....	53
Tabela C.5	Notificação da idade à morte, em meses.....	54

PREFÁCIO

O Inquérito de Indicadores de Malária em Angola 2006-07 (IIMA) foi realizado sob a égide do Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) do Ministério da Saúde (MINSa), e foi executado pelas duas organizações privadas, a *Consultoria de Serviços e Pesquisas – COSEP-Consultoria, Lda* e a *Consultoria de Gestão e Administração em Saúde – Consaúde, Lda*. É o primeiro inquérito do género e constitui um marco importante no processo de reintegração do país no contexto internacional através da realização de um inquérito aos agregados familiares padrão.

O Inquérito (IIMA) inclui informações chave sobre as características dos elementos de um agregado familiar, tais como a população do agregado, níveis de água e saneamento e posse de bens. Também recolheu dados sobre o nível de escolaridade e alfabetização das mulheres, fecundidade e saúde reprodutiva (cuidados pré-natal e parto).

Uma vez que o inquérito está virado para a malária, incluíram-se perguntas relativas à pulverização domiciliária, bem como à disponibilidade e uso de redes mosquiteiras. As mulheres foram inquiridas sobre a assistência medicamentosa para a prevenção e tratamento da malária durante a gravidez. Finalmente, as mulheres foram inquiridas sobre a incidência recente de febres nos seus filhos e quais os remédios que lhes foram ministrados.

O inquérito procedeu à recolha de amostras de sangue para dois bio marcadores importantes: a anemia e a malária. As mulheres entre 15 e 49 anos de idade e crianças menores de cinco anos de idade foram submetidas a testes de anemia através do uso de fotómetros portáteis. As mulheres grávidas entre 15-49 anos e crianças menores de cinco anos de idade foram também submetidas a testes de Malária através do uso de testes de diagnósticos rápidos, bem como testes ao microscópio em sub-amostras. Todos os indivíduos cujos resultados foram positivos para a malária foram tratados no local.

A *COSEP Consultoria* e a *Consaúde* manifestam o seu reconhecimento às organizações e pessoas que deram a sua prestimosa contribuição para a conclusão do Inquérito IIMA 2006-07 com êxito. Em primeiro lugar, os nossos agradecimentos vão para o Governo Angolano por ter realizado o seu primeiro inquérito sobre a malária, o Instituto Nacional de Estatística de Angola, pelo seu apoio, pois que na altura estavam a realizar outros inquéritos nacionais importantes; 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. Agradecemos particularmente à Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos (USAID) e à *President's Malaria Initiative* (PMI) pelo seu apoio financeiro e técnico e 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. Agradecemos igualmente ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e ao Fundo Global para o Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM), pelo financiamento complementar em fases críticas.

Finalmente, endereçamos os nossos agradecimentos ao pessoal de campo que teve que se desdobrar a muitas áreas, incluindo a zonas remotas e perigosas e, especialmente, aos inquiridos pela sua inesquecível contribuição ao primeiro inquérito nacional de indicadores de malária.

Dr. Nlando Mia Veta André
Gerente
COSEP, Lda.

Dra. Paula Figueiredo
Gerente
Consaúde, Lda.

ABREVIACÕES

AE	Área de Enumeração (Área Listada)
CDC	Centro de Prevenção e Contrôlo de Doenças (Estados Unidos)
CNV	Crianças Nascidas Vivas
CS	Sector Censal
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional (Reino Unido)
FNLA	Frente Nacional de Libertação de Angola
GFATM	Fundo Global de Luta Contra SIDA, a Tuberculose e Malária
IIMA	Inquérito de Indicadores da Malária em Angola
INE	Instituto Nacional de Estatística
IRB	Comité de Revisão Institucional (Ética)
JICA	Agência Japonesa de Cooperação Internacional
MERG	Grupo de Referência de Monitorização e Avaliação
MINSÁ	Ministério da Saúde
MPLA	Movimento Popular de Libertação de Angola
ONG	Organização Não Governamental
OPV	Organização Privada Voluntária
PMI	Iniciativa do Presidente sobre Malária
PNCM	Programa nacional de Controlo de Malária (Angola)
REMTI	Rede Mosquiteira Tratada com Insecticida
SP	Sulfadoxine-pyrimethamine (Fansidar)
TBN	Taxa Bruta de Nascimento
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido
TEFI	Taxa Específica de Fecundidade por Idade
TGF	Taxa Global de Fecundidade
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para infância
UNITA	União Nacional para a Independência Total de Angola
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
WHO/OMS	Organização Mundial da Saúde

RESUMO DE RESULTADOS

A malária é um problema principal da saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 40 por cento das pessoas nos países em vias de desenvolvimento encontram-se em risco de contrair a malária. Em Angola, aproximadamente 3,2 milhões de casos foram notificados em 2004, dois terços dos quais no seio de crianças menores de cinco anos. Calcula-se que a malária é responsável por uma estimativa de 35 por cento de todos os óbitos entre crianças menores de cinco anos em Angola.

O Inquérito de Indicadores de Malária em Angola (IIMA) 2006-07 é o primeiro inquérito do seu género no país concebido para a recolha de dados nacionais representativos sobre os indicadores específicos à malária, no âmbito do projecto MEASURE DHS. Os objectivos do IIMA foram a avaliação da posse de redes mosquiteiras por agregados familiares, bem como o seu uso por crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas; avaliação da cobertura e intervalo da pulverização domiciliar; fazer uma estimativa da prevalência da anemia, malária e a febre (bem como o tipo e intervalo de tratamento) no seio de crianças menores de cinco anos de idade, mulheres em idade fértil e mulheres grávidas; bem como avaliar o uso do tratamento intermitente preventivo (TIP) da malária entre mulheres grávidas. Ademais, foram também incluídas no inquérito perguntas que possibilitem a identificação de quem assistiu o último parto da senhora e o local onde foi realizado.

O trabalho de campo do IIMA 2006-07 foi realizado entre Novembro de 2006 e Abril de 2007 no meio de chuvas torrenciais e cheias. O inquérito recolheu dados de 2599 agregados, obtendo uma taxa de resposta de agregados de 97 por cento. Um total de 2973 inquéritos a mulheres foi concluído, para uma taxa de resposta de 95 por cento. A amostragem foi concebida para representar o nível nacional, populações urbanas e rurais, e três regiões epidemiológicas reconhecidas da malária: Hiperendémica, Mesoendémica Estável e Mesoendémica Instável. Cada uma destas regiões é

composta por várias províncias. A cidade capital de Luanda foi analisada separadamente.

As principais constatações do IIMA 2006-07 estão apresentadas a seguir.

População e composição dos agregados. Quase metade (46 por cento) da população dos agregados tem menos de 15 anos de idade, e 19 por cento é menor de cinco anos. Há mais mulheres do que homens no seio da faixa etária de 25-54 anos. Três quartos de todos os agregados são chefiados por homens, no entanto 28 por cento dos agregados nas zonas urbanas são chefiados por mulheres.

Características do agregado. Menos de metade (46 por cento) dos agregados 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 (59 por cento comparado com 34 por cento). Cerca de metade dos agregados Angolanos possui instalações sanitárias melhoradas, enquanto que 29 por cento não possui nenhuma instalação sanitária. Porém, mais de metade dos agregados nas zonas rurais (54 por cento) carece de uma instalação sanitária. Enquanto que mais de um em três agregados (38 por cento) tem acesso a electricidade, estes estão concentrados nas zonas urbanas, onde 66 por cento dos agregados usufrui a electricidade comparado com apenas 9 por cento nas áreas rurais. O uso de combustíveis sólidos é quase universal nos agregados rurais (92 por cento), enquanto que a maioria dos agregados urbanos cozinha com alguma forma de combustível de gás (83 por cento).

A condição socioeconómica de um agregado familiar é reflectida pelos bens possuídos, e estes são utilizados para criar um índice de riqueza. Oitenta e quatro por cento dos agregados nas zonas urbanas e 46 por cento dos agregados nas zonas rurais possuem um aparelho de rádio. Encontra-se mais um televisor nos agregados localizados em zonas urbanas (79 por cento). Vinte e seis por cento dos agregados tem um telefone móvel, enquanto que uma proporção equiparada possui um frigorífico. Em geral, 18

por cento dos agregados possuem uma bicicleta, e 14 por cento possuem um carro ou uma carrinha. As bicicletas são mais comuns nas zonas rurais, onde 28 por cento dos agregados possuem uma, comparado com 8 por cento dos agregados urbanos. Pelo contrário, encontram-se mais carros e carrinhas em zonas urbanas, onde 27 por cento dos agregados possuem um, comparado com apenas 1 por cento nos agregados rurais.

Nível de escolarização e alfabetização.

Aproximadamente um em quatro (24 por cento) de mulheres de idades compreendidas entre 15-49 anos de idade nunca frequentou uma escola, 49 por cento tem apenas alguma formação do ensino primário, 11 por cento concluiu o ensino primário, e 8 por cento concluiu o ensino secundário ou superior. Entretanto, existem diferenças maiores entre as zonas rurais e as urbanas: 44 por cento das mulheres urbanas de idade entre 15-49 anos concluiu o ensino primário ou superior, enquanto que apenas 4 por cento das mulheres rurais alcançou o mesmo feito. Quatro quintos das mulheres que residem em zonas urbanas são alfabetizadas, comparado com apenas um terço no seio das suas congéneres rurais. A alfabetização tem aumentado ao longo do tempo: três quartos das mulheres de idade entre 15-19 são alfabetizadas, comparado com menos de metade no seio das mulheres com idade entre 45-49 anos.

Fecundidade. O nível da fecundidade mantém-se alta em Angola, embora existam grandes diferenças entre as zonas urbanas e as rurais. As taxas globais de fecundidade (TGF) são de 5,8 crianças a nível do país, 4,4 crianças em zonas urbanas e 7,7 crianças em zonas rurais. A TGF é mais baixa em Luanda (3,9 crianças) e mais elevada na região Mesoendémica Instável (7,6 crianças). Até ao momento da realização deste inquérito, 5 por cento das mulheres em zonas urbanas e 13 por cento das em zonas rurais revelaram estarem concebidas.

Em Angola, a maternidade inicia cedo e é universal. Três em dez adolescentes com idades entre 15-19 anos têm tido um nado-vivo, e a percentagem atinge níveis mais elevados de 46 por cento na região Hiperendémica, 47 por cento no quintil mais pobre, e 57 por cento no seio das mulheres sem formação. Apenas três em dez mulheres de idade entre 20-24 anos nunca deram à luz. Menos de 2 por cento das mulheres

permanecem sem filhos no fim do seu período de procriação, o que indica que a infertilidade primária é baixa. O intervalo médio entre os partos em Angola é ligeiramente acima de dois anos, a 26,5 meses.

Cuidados pré-natal e parto. A maioria das mulheres é acompanhada durante os cuidados pré-natal por um profissional de saúde qualificado, mas tem menos probabilidade de ser assistida por um profissional de saúde qualificado durante o parto. Oitenta por cento de todas as mulheres tiveram pelo menos uma consulta pré-natal com um profissional de saúde qualificado, normalmente uma enfermeira ou parteira; mas a cobertura dos cuidados pré-natal baixa para 68 por cento nas zonas rurais e 72 por cento entre as mulheres sem formação. Menos de metade (46 por cento) dos partos são realizados em unidades sanitárias, e praticamente todas que assim procedem são realizadas em unidades sanitárias públicas. As mulheres têm muito menos probabilidade de dar à luz em unidades sanitárias se se encontrarem em zonas rurais (22 por cento), têm menos formação (19 por cento), ou vivem fora de Luanda (cerca de 33 por cento).

A assistência prestada por um profissional de saúde qualificado durante o parto é mais limitada aos partos realizados em unidades sanitárias. De um modo geral, 47 por cento de todos os partos são assistidos por um profissional de saúde qualificado, o que baixa para 26 por cento em zonas rurais, 22 por cento no seio das mulheres sem formação, e cerca de 35 por cento em regiões fora de Luanda.

Prevenção da malária. Apenas 4 por cento dos agregados notificaram que os muros interiores das suas residências foram pulverizados, entre os quais cerca de dois terços foram pulverizados no âmbito de um programa governamental. A pulverização domiciliária foi mais comum nas zonas urbanas, na região Mesoendémica Instável e nos agregados que se encontram no quintil de riqueza mais elevado.

Um terço de todos os agregados familiares possui pelo menos uma de algum tipo de redes mosquiteiras, e 28 por cento dos agregados possui uma rede mosquiteira tratada com insecticidas (REMTIs). Mais de metade dos agregados na zona hiperendémica possuía pelo menos uma rede mosquiteira, sendo quase todas REMTIs.

Os agregados nas zonas Mesoendémica Instável (29 por cento) e Hiperendémica (26 por cento) tinham maior probabilidade de terem obtido uma rede mosquiteira durante a campanha Viva a Vida com Saúde do que nos em outras regiões.

Entre crianças menores de cinco anos, 21 por cento dormiu debaixo de alguma rede mosquiteira – 18 por cento debaixo de uma REMTI – durante a noite que antecedeu ao inquérito IIMA. As mulheres grávidas tinham maior probabilidade de dormirem debaixo de alguma rede mosquiteira do que as mulheres em geral (25 por cento comparado com 17 por cento) e de dormirem debaixo de uma REMTI (22 por cento comparado com 14 por cento). O uso de redes no seio das crianças e mulheres grávidas foi mais alto na região Hiperendémica, onde 37 por cento das crianças de menor idade e 42 por cento das mulheres grávidas dormiram debaixo de algum tipo de rede mosquiteira durante a noite antes do inquérito, e 34 por cento das crianças e 39 por cento das mulheres grávidas dormiram debaixo de uma REMTI.

Embora 60 por cento das mulheres foi administrada um medicamento antimalárico durante a sua última gravidez, apenas 3 por cento foi administrada duas ou mais doses de sulfadoxina-perimetamina (SP/Fansidar), que é recomendado para o tratamento intermitente preventivo (TIP) da malária. A maioria das mulheres grávidas recebeu SP/Fansidar durante as consultas pré-natal. As mulheres das zonas urbanas tinha maior probabilidade de tomar os comprimidos do que as das zonas rurais. As mais altas taxas foram registadas entre as mulheres grávidas em Luanda e na região Hiperendémica: 7 por cento e 6 por cento, respectivamente, tomou SP/Fansidar, e 5 por cento e 6 por cento, respectivamente, recebeu o medicamento durante as consultas pré-natal, e por conseguinte foram considerados como tendo recebido TIP.

Tratamento da febre. As mães notificaram que nas duas semanas anteriores ao inquérito IIMA, 24 por cento das crianças menores de cinco anos tenham tido febres, entre as quais 29 por cento foram administradas medicamentos antimaláricos. Dezoito por cento das crianças com febres foram tratadas pontualmente, recebendo os medicamentos no mesmo dia ou um dia depois de as febres terem-se iniciado. Em Luanda, quase metade das crianças com febres foram tratadas pontualmente com medicamentos

antimaláricos, comparado com 12 a 17 por cento entre as crianças em outras regiões. A grande maioria das crianças que receberam os medicamentos antimaláricos foram administradas com cloroquina ou amodiaquina.

Prevalência de malária e anemia. Os exames de sangue entre as crianças de 6-59 meses de idade revelaram que 20 por cento delas estavam infectadas com a malária. As crianças menores de um ano tinham a metade probabilidade de registarem exames positivos com a malária que as de 36-59 meses de idade. A prevalência da malária entre as crianças menores de cinco anos foi mais alta na região Hiperendémica (29 por cento) e no quintil mais pobre (40 por cento); foi mais baixa em Luanda (6 por cento) e no quintil mais rico (7 por cento).

No cômputo geral, 14 por cento das mulheres grávidas foram detectadas com a malária. A proporção foi maior em zonas rurais (19 por cento) e na região Hiperendémica (18 por cento).

Os testes de hemoglobina indicaram que 4 por cento das crianças menores de cinco anos de idade estavam com anemia grave (Hb <8 g/dL), com uma prevalência maior nas zonas rurais e nas regiões Mesoendémica Estável e Mesoendémica Instável.

Cerca de 1 por cento das mulheres de 15-49 por cento revelaram-se estar com anemia abaixo de 8 g/dL. A anemia grave foi mais comum entre as mulheres grávidas (3 por cento), em particular as mulheres que residem nas regiões Mesoendémica Estável e Mesoendémica Instável (4 por cento).

REPÚBLICA de ANGOLA



1.1 GEOGRAFIA, HISTÓRIA E POPULAÇÃO

1.1.1 Geografia

Angola tem uma extensão geográfica de 481.350 milhas quadradas (1.246.699 km²) e situa-se na Costa do Atlântico Sul da África Ocidental. Faz fronteira com a República Democrática do Congo e a República do Congo à Norte e Leste, pela Zâmbia à Leste e pela Namíbia a Sul. Possui um planalto atingindo a altura média de 6.000 pés (1.829 m) acima do nível do mar, que se ergue abruptamente dos planícies costeiras. A maior parte do território do país está coberta de desertos ou savanas, com florestas de folhosas caducifólias no nordeste do país.

1.1.2 História

Depois de ter sido habitada por grandes caçadores bosquímanes, migrantes Bantu provenientes do norte fixaram-se nos territórios circundantes, até ao primeiro milénio d.C., trazendo com eles a tecnologia de extracção de ferro à região.

Mais tarde, no século XV, a presença inicial dos Portugueses e de outras nações europeias tais como: Holanda, Grã-Bretanha e França – foi estabelecida. Estabelecer-se plantações do café, algodão, e açúcar, que gerou escaramuças constantes entre os povos autóctones do Kongo, Mbundu e Ovambo.

Angola deriva-se do reino de Ndongo, dominado pelo Rei Ngola, sob a influência do Reino maior do Congo. Um dos seus governantes mais famosos, a Rainha Jinga, foi capaz de manter uma aliança harmoniosa entre os reinos que pugnavam contra a presença portuguesa até o século XVII, altura em que Portugal reenquadrou aqueles territórios sob a autoridade da monarquia. Os portugueses deram início a um longo período de colonização nos anos de 1800, com a construção de linhas férreas que chegavam até ao interior do país como à província de Malange. Os Portugueses continuaram a combater os reinos locais bem até ao século XX.

Com o início da década de 50, foram formados alguns movimentos populares com o apoio internacional diverso para lutarem pela Independência do país. Em 1956 O Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA) foi fundado, com filiações comunistas e forte apoio da União Soviética. Em 1957 a Frente Nacional de Libertação de Angola (FNLA) foi fundada, com o apoio dos Estados Unidos da América, e em 1966 a União Nacional para a Independência Total da Angola (UNITA) foi fundada com mais apoio de base das regiões do sudoeste.

No início na década de 60, surgiram os movimentos guerrilheiros e o sentimento de revolta nos trabalhadores devido ao trabalho forçado ao qual eram submetidos nas plantações, resultando numa guerra civil generalizada. A 11 de Novembro de 1975, devido às mudanças radicais no Governo de Portugal, o país concedeu a independência a Angola. No entanto, o conflito armado persistiu, apesar das tentativas de acordo de paz em 1991 e 1994, e das eleições em 1992, vencidas pelo MPLA mas que não foram aceites pela UNITA. A guerra persistiu até que em 2002, chegou-se a um acordo de cessar-fogo, e o país paulatinamente iniciou um processo de transição para um governo moderno e pacificado. Desde a sua Independência, Angola teve dois Presidentes: Agostinho Neto de 1975-79 e José Eduardo dos Santos, de 1979 até a data presente.

Como consequência do longo período de guerra civil, estima-se que cerca de 1.5 milhões de Angolanos perderam as suas vidas, 20 por cento da população ficou deslocada e cerca de 20 milhões de minas terrestres foram colocadas, que estão agora a serem desactivadas através de esforços internacionais. Actualmente, principalmente devido aos seus recursos petrolíferos e diamantíferos,

Angola está a empreender esforços com vista à modernização da sua economia e à oferta de serviços essenciais aos seus compatriotas.

1.1.3 População

Em 1999 a população de Angola estava estimada em 13.009.000 maioritariamente constituída por jovens, com aproximadamente 45 por cento da sua população abaixo dos 15 anos de idade (INE, n.d.). Apenas 3 por cento da sua população tem 65 anos de idade ou mais (Embaixada de Angola, 2007). Dois terços da população angolana vive em zonas urbanas e apenas um terço vive em zonas rurais.

A taxa de crescimento de Angola estima-se actualmente em 2,8 por cento, devido a uma taxa de natalidade muito elevada (43,1 nascimentos por cada 1.000 indivíduos). Embora os dados dos inquéritos sejam muito limitados, o Inquérito de Indicadores Múltiplos do UNICEF (MICS) de 2001 calcula que 62 por cento da população tem acesso a água potável, enquanto que 59 por cento utiliza instalações sanitárias apropriadas. De acordo com estes indicadores (MICS), apenas 56 por cento das crianças em idade escolar frequentam o ensino primário; 67 por cento da população com 15 anos ou acima são alfabetizados (capazes de ler uma carta ou jornal), decrescendo para 54 por cento entre as mulheres. A taxa de mortalidade infantil é de 150 mortes em cada 1.000 nados-vivos e a mortalidade entre crianças menores de cinco anos de idade é de 250 em cada 1.000 nados-vivos (INE/UNICEF, 2003).

1.2 MALÁRIA EM ANGOLA

1.2.1 Visão Global

A Malária é um grande problema de saúde pública em Angola. Crianças e mulheres grávidas encontram-se particularmente em risco. Em 2004, Angola notificou 3,2 milhões de casos de malária, dois terços dos quais ocorridos em crianças menores de cinco anos de idade. Aproximadamente 38.000 mortes por malária foram relatadas em 2004. Estima-se que a malária seja responsável por 35 por cento da mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos de idade. Estima-se ainda que a malária responde por 60 por cento dos internamentos hospitalares de crianças menores de cinco anos de idade e 10 por cento dos internamentos das mulheres grávidas (President's Malaria Initiative Needs Assessment Angola, 2005).

Desde 1958, foram implementados vários programas para controlar a doença, começando pelas campanhas de pulverização no Sul de Angola. Em 1970, foi implementado um projecto-piloto na província de Benguela por um período de três anos. Em 1984, com o apoio da OMS, foi lançado o Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM). Em 1992, Angola assinou a Declaração de Amesterdão, que visa a criação de uma estratégia mundial de combate à malária, a que se seguiu a Iniciativa Africana para a Aceleração do Combate à Malária. Seguiram-se igualmente outros acordos em 1998, 1999, e 2000. Foi apenas no ano 2001 que o Governo angolano começou a atribuição de verbas do orçamento geral OGE e a criação de programas específicos. Em 2002 O Conselho de Ministros confirmou a prioridade através da criação da Comissão Nacional de Luta contra VIH/SIDA, Malária e Tuberculose (PNCM, 2005).

1.2.2 Epidemiologia

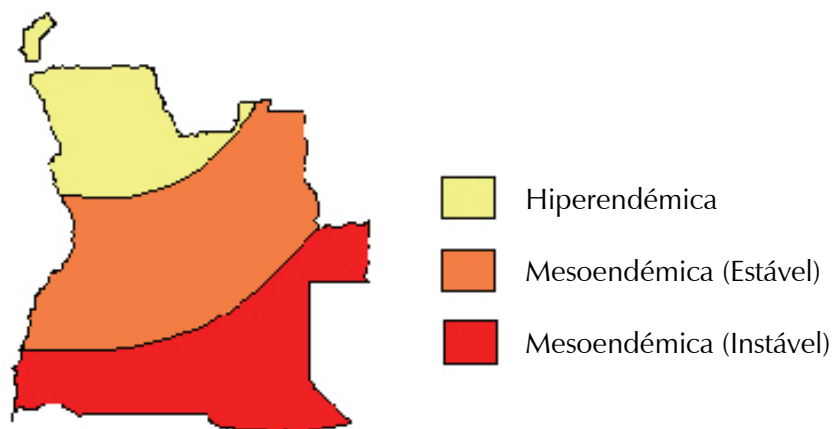
Plasmodium falciparum é o parasita responsável por 90 por cento das infecções por malária em Angola. A transmissão da malária em Angola é maior durante a época chuvosa, atingindo o seu nível máximo entre Janeiro e Maio. Os três genes de vectores principais transmissores são *Anopheles gambiae*, *A. funestus* e *A. melas*. Embora a malária seja endémica nas 18 províncias de Angola, o país está estratificado em três níveis de endemicidade: hiperendémica (correspondente às zonas do norte), mesoendémica estável (zonas do centro/leste) e mesoendémica instável (zonas do sul/leste) (Figura 1.1).

A tabela 1.1 mostra em mais pormenores as características epidemiológicas da Malária em cada uns desses níveis, com relatado pelo Programa Nacional de Controlo da Malária (2005).

Tabela 1.1 Regiões epidemiológicas da malária em Angola					
Nível de endemicidade de malária, províncias afectadas, vectores, parasitas, percentagem de população afectada, e tempo de transmissão, Angola					
Nível de Endemicidade	Províncias	Vectores	Parasitas	População afectada	Tempo de transmissão
Hiperendémica	Cabinda Uige Kwanza N. Malange Lunda N. Lunda S.	<i>A. funestus</i> <i>A. gambiae</i>	<i>P. falciparum</i> (89%) <i>P. vivax</i> (7%)	28%	Todo ano, mais alto: Novembro a Janeiro
Mesoendémica Estável	Zaire Luanda Bengo Benguela Kwanza S. Huambo Bié	<i>A.gambiae</i> <i>A. melas</i> <i>A. arabiensis</i>	<i>P. falciparum</i> (93%) <i>P. vivax</i> (7%)	55%	Alto: Novembro a Maio Baixo: Julho a Outubro
Mesoendémica Instável	Moxico Kuando Kubango Kunene Huila Namibe	<i>A. arabiensis</i> <i>A. melas</i>	<i>P. Falciparum</i> (93%) <i>P. vivax</i> (7%) <i>P. malarie</i> (5%)	17%	Baixa transmissão: Maio a Dezembro

Fontes: MARA/ARMA, 2002; PNCM, 2005.

Gráfico 1.1 Zonas de Endemicidade da Malária em Angola



Presentemente, vários programas internacionais estão a complementar os esforços do Governo Angolano orientados para a reduzir a transmissão da malária no país, por exemplo Fundo Global para o Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária e President's Malaria Initiative (PMI), bem como outras agências governamentais e sanitárias ligadas à saúde, tais como o UNICEF, DFID, Agência de Cooperação Internacional do Japão, Banco Mundial e várias ONGs/OPVs.

1.2.3 Políticas do Programa Nacional de Combate à Malária

O objectivo geral do PNCM é reduzir a prevalência da malária a 900.000 casos até 2009.

Os principais objectivos deste programa são assegurar que:

- i. Pelo menos 60 por cento dos pacientes infectados com a malária tenham acesso imediato a diagnóstico adequado e tratamento dentro de 24 horas após a manifestação dos sintomas;
- ii. Pelo menos 60 por cento das pessoas em risco de infecção por malária, mormente as crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas, beneficiem de medidas de protecção individuais e comunitárias, nomeadamente do uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (REMTI) e de outras intervenções acessíveis e de baixo custo;
- iii. Pelo menos 95 por cento das mulheres grávidas em risco de contraírem a malária, mormente aquelas no primeiro trimestre de gestação, tenham acesso a tratamento intermitente preventivo (TIP);
- iv. Pelo menos 60 por cento das áreas de risco de malária previnam, detectem e respondam adequadamente às epidemias;
- v. O país, no seu todo, desenvolva um mecanismo operacional e convenientemente estruturado para a coordenação e gestão dos programas de prevenção e controlo da malária a nível provincial, (ANMCP, 2005).

Uma actividade importante executada como parte da política, com destaque para os indicadores obtidos pelo MIS de Angola, foi a campanha *Viva a Vida com Saúde* de Julho de 2006, durante o qual cerca de 800.000 redes mosquiteiras tratadas com insecticidas de longa duração (LLITN) foram distribuídas às províncias com alto risco de transmissão da malária.

1.3 OBJECTIVOS DO INQUÉRITO DE INDICADORES DE MALÁRIA

As políticas de controlo da malária do Governo podem beneficiar-se de dados actuais e precisos obtidos de forma atempada. Um inquérito baseado na população proporciona uma oportunidade única para ter uma panorâmica da situação sanitária do país e das características da sua população.

O Inquérito de Indicadores de Malária em Angola (IIMA) é o primeiro estudo do género realizado no país com o objectivo de obter indicadores específicos representativos nacionais sobre a malária. Os objectivos específicos do IIMA são:

1. Estimar a prevalência da malária entre crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas
2. Estimar a prevalência da anemia entre crianças menores de cinco anos e mulheres em idade reprodutiva.
3. Estimar a prevalência de febre entre crianças menores de cinco anos de idade, bem como avaliar o tipo e o período do tratamento recebido.
4. Avaliar em cada agregado a posse de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas e outros tipos de redes mosquiteiras, bem como avaliar o uso destas pelas crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas
5. Avaliar a cobertura e tempo de pulverização domiciliária (IRS)
6. Avaliar o uso do tratamento intermitente preventivo (TIP) da malária nas mulheres grávidas.

Ademais, o IIMA incluiu perguntas para avaliar o local e a(s) pessoa(s) que assistiu o último parto da senhora.

1.4 METODOLOGIA DO INQUÉRITO

1.4.1 Questionários

Os questionários inicialmente elaborados pelo Inquérito e pelo Guia de Indicadores da Equipa de Trabalho do Grupo de Acompanhamento e Avaliação (MERG) para a Parceria de Reforço do Controlo da Malária (*Roll Back Malaria*) foram adaptados ao Inquérito de Indicadores de Malária em Angola (IIMA) 2006-07, tendo dois questionários principais: um questionário e um questionário individual orientado para mulheres.

O Questionário do agregado familiar foi utilizado para alistar todos os membros habituais do agregado e visitantes dos agregados seleccionados. Foram obtidas algumas informações básicas relativas às características de cada membro alistado, incluindo idade, sexo, educação, e parentesco com o chefe do agregado, com o objectivo principal de identificar as mulheres elegíveis para o inquérito individual. O questionário do agregado familiar também permitiu recolher dados referentes às características do agregado, tais como fonte de água, tipo de instalações sanitárias, materiais utilizados para o chão da casa, uso de vários bens duradouros, posse e uso de redes mosquiteiras e pulverização domiciliária.

O questionário foi também utilizado para a recolha de amostras de sangue para dois bio marcadores: hemoglobina e presença de parasitas de malária. Os testes de hemoglobina foram efectuados entre crianças menores de cinco anos de idade e mulheres de 15-49 anos, enquanto que os testes de malária foram efectuados em crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas.

O Questionário individual serviu para obter dados de todas as mulheres entre 15-49 anos e abrangeu os seguintes temas: perfil, educação, reprodução, gravidez, tratamento intermitente preventivo (TIP) da malária, e tratamento de febre em crianças.

Os questionários foram traduzidos para o português e para seis línguas nacionais: Kikongo, Kimbundu, Umbundu, Kiokwé, Nganguela e Kuanhama.

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.

1.4.2 Amostragem

A amostra do IIMA 2006-07 foi concebida para fornecer estatísticas de crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas entre 15-49 anos relativas às variantes da malária, de interesse para as seguintes categorias: Angola como um todo; zonas urbanas e rurais de Angola (cada uma como uma categoria separada); e três regiões epidemiológicas do país correspondentes às várias prevalências da malária: Hiperendémica, Mesoendémica Estável, e Mesoendémica Instável; Luanda, inicialmente enquadrada na região Mesoendémica Estável, como capital, foi seleccionada separadamente como a quarta categoria. Na amostra do IIMA, as três regiões epidemiológicas englobam as seguintes províncias:

1. Hiperendémica: Cabinda, Cuanza Norte, Lunda Norte, Lunda Sul, Malanje, Uíge
2. Mesoendémica Estável: Bengo, Benguela, Bié, Cuanza Sul, Huambo, Zaire
3. Mesoendémica Instável: Cuando Cubango, Cunene, Huíla, Moxico, Namibe

No IIMA 2006-07, foi seleccionada uma amostra representativa de aproximadamente 2.800 agregados de 120 conglomerados, concebida para recolher dados de aproximadamente 3.000 mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) e pelo menos 2.000 crianças menores de cinco anos.

Angola está dividida em 18 províncias e cada província está subdividida em municípios (161 no total), e cada município subdividido em comunas (635 no total). Cada comuna é classificada como zona rural ou urbana. Cada comuna urbana foi subdividida em Sectores Censais (SCs) pelo Instituto Nacional de Estatísticas (INE), enquanto que a maioria das comunas rurais foram compostas por aldeias. A amostragem foi efectuada em três fases. Na primeira fase, as comunas foram seleccionadas com base na probabilidade proporcional ao tamanho da sua população. Num censo realizado há quase três décadas, o INE calculou o tamanho dos Sectores Censais (SCs) ou aldeias rurais através de programas populacionais recentes (ex. Campanha contra o Sarampo do UNICEF 2005-2006) e através de informações obtidas a partir das autoridades comunais.

Na segunda fase foram seleccionadas, 120 conglomerados (48 áreas de enumeração – AE urbanas e 72 aldeias rurais). Nas unidades secundárias de amostragem seleccionadas, efectuou-se uma operação de listagem e mapeamento com vista a identificar o chefe do agregado, o endereço ou localização de cada agregado dentro dos limites do AE ou aldeias rurais. Na terceira fase empregou-se uma amostra aleatória sistemática a partir da listagem dos agregados familiares para estabelecer aproximadamente o mesmo número de agregados a serem inquiridos. Nos agregados seleccionados, todas as mulheres elegíveis foram seleccionadas para o inquérito, incluindo tanto os residentes habituais como os visitantes que se hospedaram com o agregado na noite anterior ao inquérito. Embora a recolha da amostra não visasse obter dados representativos a nível provincial, todas as províncias contribuíram com os seus conglomerados, com um mínimo de 2 conglomerados (ex. Cabinda e Zaire) e um máximo de 12 conglomerados (Huíla), excepto Luanda, que como província e região, contribuiu com 30 conglomerados. O Apêndice A fornece uma descrição integral da estratégia de recolha de amostra, distribuição de amostra de grupo por região e província, e as estimativas padrão de erros nos principais indicadores.

1.4.3 Recrutamento e Formação do Pessoal

Cada aspecto do IIMA de 2006-07 foi conduzido por formas a assegurar a maior qualidade possível na recolha, registo e análise dos dados. Após a adaptação do questionário para satisfazer às necessidades nacionais, contrataram-se inquiridores e técnicos de saúde para ministrarem os pré-testes e a formação principal sobre o uso do questionário e procedimentos de trabalho de campo. Os pré-testes realizaram-se entre Setembro e Outubro de 2006, tendo a formação sido ministrada em Novembro de 2006.

1.4.4 Trabalho de Campo

O trabalho de campo teve início em Novembro de 2006 após a fase principal de formação. O mesmo foi levado a cabo por quatro equipas compostas por quatro inquiridores, um supervisor e um editor, começando em Luanda e depois nas restantes regiões do país. Embora agendado inicialmente para durar dois meses, o trabalho de campo atrasou-se devido a dificuldades logísticas (ex. falta de estradas) e chuvas torrenciais durante o fim do ano e nos primeiros poucos meses de 2007, tendo ficado concluído apenas em Abril de 2007.

1.4.5 Registo e Gestão de Dados

O registo de dados iniciou depois das duas primeiras semanas da fase de recolha de dados. Foram integrados quatro técnicos de registo de dados 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 de trabalho de campo. Tais tabelas de avaliação, por exemplo, revelaram debilidades iniciais em certas 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.

1.4.6 Taxas de Resposta

A tabela 1.2 mostra as taxas de resposta dos inquéritos a agregados familiares e colectivos do inquérito. Foi seleccionado um total de 2.809 agregados, dos quais 2.675 habitados. O número total dos agregados inquiridos foi de 2.599, perfazendo uma taxa de resposta de 97 por cento.

Um total de 3.136 mulheres elegíveis foram identificadas nestes agregados familiares e 2.973 inquéritos foram concluídos para mulheres, perfazendo uma taxa de resposta de 95 por cento. As taxas de resposta são ligeiramente superiores em zonas rurais do que em zonas urbanas.

Resultados	Residência		Total
	Urbana	Rural	
Inquéritos aos agregados			
Agregados seleccionados	1.187	1.622	2.809
Agregados disponíveis	1.143	1.532	2.675
Agregados inquiridos	1.099	1.500	2.599
Taxa de resposta de agregado ¹	96,2	97,9	97,2
Inquérito a mulheres com idades compreendidas entre 15-49 anos			
Número de mulheres elegíveis	1.654	1.482	3.136
Número de mulheres elegíveis inquiridas	1.564	1.409	2.973
Taxa de resposta de mulheres elegíveis ²	94,6	95,1	94,8

POPULAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR E CARACTERÍSTICAS DOS INQUIRIDOS

2

Este capítulo apresenta os dados básicos referentes às características demográficas e socio-económicas da população do agregado familiar. Também apresenta informações sobre as instalações e bens do agregado, dados importantes para o estudo e identificação dos principais indicadores, tal como o do quintil de riqueza, que reflectem a condição social dos agregados, bem como as características associadas aos elementos destes agregados. Segundo o Inquérito de Indicadores de Malária em Angola (IIMA), um agregado familiar é definido como um indivíduo ou grupo de indivíduos, ligados por laços de parentesco ou não, que vivem juntos na(s) mesma(s) residência(s) ou em quintais interligados um ao outro, que reconhecem um só adulto como chefe do agregado e que partilham instalações comuns para preparar e tomar as refeições.

O IIMA 2006-07 recolheu informações de todos os elementos habituais de um agregado seleccionado (a população de jure) bem como daqueles que passaram a noite anterior ao inquérito com o agregado seleccionado (a população de facto). A diferença entre estas duas populações é muito exígua, e todas as tabelas neste relatório referem-se à população de facto, salvo especificação contrária.

2.1 POPULAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR POR IDADE E SEXO

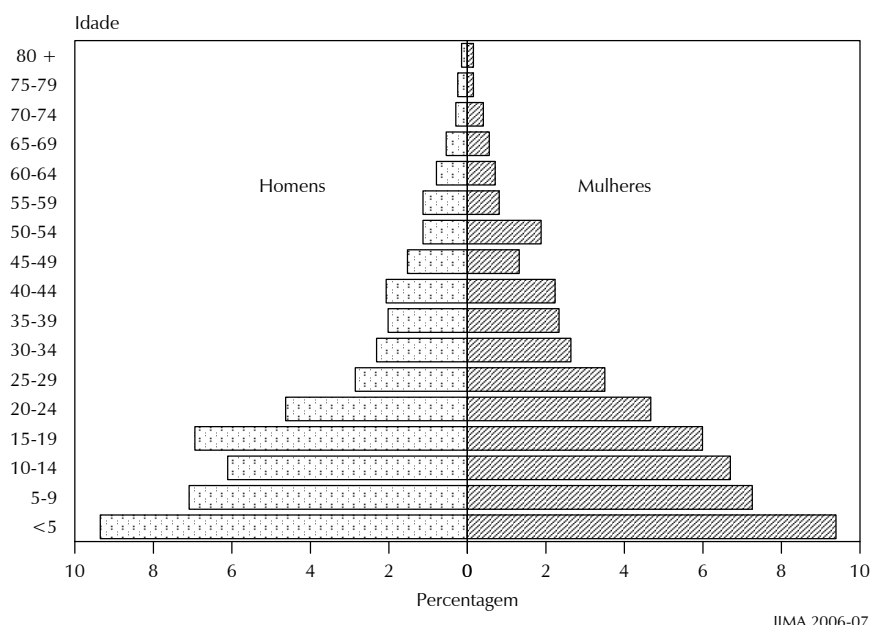
A tabela 2.1 mostra a distribuição da população de facto do agregado por idade e sexo, segundo residência urbana e rural. O IIMA 2006-07 alistou um total de 14.633 pessoas, com a cifra das mulheres a superar ligeiramente a dos homens, sendo 51 por cento. Uma grande proporção da população angolana (46 por cento) situa-se abaixo dos 15 anos de idade, com 19 por cento abaixo dos cinco anos de idade. As pessoas com acima de 65 anos de idade representam apenas 3 por cento do total da população (Gráfico 2.1). Os dados também revelam que há relativamente menos homens do que mulheres entre os indivíduos com idades compreendidas entre 25 e 54 anos. Tal fenómeno dever-se-ia à excessiva mortalidade como consequência dos longos anos de guerra civil ou a migração. No entanto, devido à falta de estudos mais aprofundados este facto não pode ser verificado.

Tabela 2.1 População do agregado por idade, sexo e residência

Distribuição percentual da população de facto na faixa etária de 5 anos, por sexo e residência, Angola IIM 2006-07

Idade	Urbana			Rural			Total		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
<5	15,9	16,0	16,0	22,8	21,4	22,1	19,0	18,5	18,7
5-9	13,9	12,9	13,4	14,9	16,1	15,5	14,4	14,3	14,3
10-14	12,1	13,3	12,7	12,8	13,0	12,9	12,4	13,2	12,8
15-19	15,2	13,8	14,5	12,7	9,4	11,0	14,1	11,8	13,0
20-24	10,9	10,5	10,7	7,6	7,5	7,6	9,4	9,2	9,3
25-29	7,3	7,6	7,4	4,0	6,0	5,0	5,8	6,9	6,3
30-34	4,6	5,4	5,0	4,7	5,1	4,9	4,7	5,2	5,0
35-39	4,4	4,3	4,3	3,7	4,9	4,3	4,1	4,6	4,3
40-44	4,3	4,8	4,6	4,0	4,0	4,0	4,2	4,4	4,3
45-49	3,1	2,5	2,8	3,2	2,7	2,9	3,1	2,6	2,8
50-54	2,3	3,5	2,9	2,2	3,9	3,1	2,3	3,7	3,0
55-59	2,2	1,7	1,9	2,4	1,5	1,9	2,3	1,6	1,9
60-64	1,5	1,3	1,4	1,8	1,6	1,7	1,6	1,4	1,5
65-69	1,0	1,1	1,0	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
70-74	0,4	0,6	0,5	0,9	1,1	1,0	0,6	0,8	0,7
75-79	0,4	0,2	0,3	0,6	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4
80 +	0,2	0,5	0,3	0,5	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3
Não sabe/em falta	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	3.963	4.104	8.067	3.241	3.325	6.566	7.204	7.429	14.633

Gráfico 2.1 Pirâmide da População



2.2 COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

A Tabela 2.2 apresenta os dados da população do agregado familiar. A maioria (75 por cento) dos agregados é dirigida por homens. A proporção dos agregados dirigidos por mulheres é maior nas zonas urbanas (28 por cento). Isto deve-se, possivelmente, ao elevado índice de migração de mulheres para a cidade capital após a morte dos seus parceiros durante a guerra, e/ou homens de agregados urbanos que trabalham em zonas recônditas do país (ex. nas indústrias petrolíferas e mineiras).

O tamanho do agregado é menor em zonas rurais do que em zonas urbanas (5 versus 6 pessoas). Com efeito, 21 por cento dos agregados urbanos têm nove ou mais elementos, comparado com apenas 9 por cento em zonas rurais, o que demonstra a situação crítica da concentração excessiva nas zonas urbanas, particularmente na cidade capital, Luanda.

Tabela 2.2 Composição dos agregados familiares

Distribuição dos agregados por sexo de chefe de agregado e por tamanho de agregado; tamanho médio dos agregados, Angola IIM 2006-07

Características	Residência		Total
	Urbana	Rural	
Sexo de chefe do Agregado			
Masculina	72,2	78,2	75,2
Feminina	27,8	21,8	24,8
Total	100,0	100,0	100,0
Número dos membros habituais			
1	3,5	4,6	4,0
2	4,8	8,3	6,5
3	10,6	14,4	12,5
4	13,7	17,3	15,5
5	12,8	16,6	14,7
6	13,8	12,0	12,9
7	9,7	11,2	10,4
8	10,0	6,8	8,4
9+	21,2	8,9	15,0
Total	100,0	100,0	100,0
Tamanho médio dos agregados	6,2	5,1	5,7
Número de agregados	1.301	1.298	2.599

Obs.: A tabela está baseada nos elementos *de jure* do agregado, i.e., os residentes habituais.

2.3 CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

As informações sobre o acesso à energia eléctrica, fontes de água potável e tipo de instalação sanitária do agregado, principal material utilizado nos pavimentos e tipo de combustível utilizado na cozinha, são as características físicas de um agregado que servem para avaliar o bem-estar geral e condição socioeconómica dos elementos deste agregado.

2.3.1 Água Potável

A Tabela 2.3 apresenta informações sobre a distribuição dos agregados, bem como a população de jure por fonte de água potável. Menos de metade (46 por cento) dos agregados obtêm água potável a partir de fonte melhorada. Os agregados nas zonas urbanas têm maior acesso a fonte de água potável melhorada do que os agregados em zonas rurais (59 por cento comparado com 34 por cento). A fonte mais comum de água potável nas zonas urbanas é o camião cisterna ou a carroça, com mais de um terço dos agregados tendo esta como fonte. Por outro lado, águas superficiais (tais como lagos ou riachos) são as fontes mais comuns de água potável em zonas rurais (42 por cento). Esta constatação realça a grande necessidade de a população ter acesso a fontes seguras de água potável.

Característica	Agregados			População		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Fonte melhorada	58,6	34,3	46,4	58,0	38,3	49,1
Canalizada para a residência/ quintal/terreno	31,3	1,0	16,2	31,3	1,3	17,8
Fontenário público/manivela	11,6	7,5	9,6	11,9	8,3	10,3
Poço de tubagem ou furo	1,2	0,9	1,1	1,3	1,0	1,2
Cacimba protegida	10,6	15,0	12,8	10,3	17,1	13,4
Nascente protegida	3,8	9,7	6,7	3,1	10,4	6,4
Água de chuva	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1
Fonte não melhorada	41,4	65,7	53,5	42,0	61,7	50,9
Cacimba desprotegida	2,5	14,2	8,4	2,5	14,0	7,7
Nascente desprotegida	0,3	6,7	3,5	0,2	6,3	2,9
Camião cisterna/carroça com um tanque pequeno	35,3	2,9	19,1	36,8	3,7	21,8
Água de superfície	3,3	41,9	22,5	2,5	37,8	18,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	1.301	1.298	2.599	8.116	6.666	14.782

2.3.2 Saneamento

A Tabela 2.4 apresenta dados relativos às instalações sanitárias do agregado por tipo de WC/latrina. Em termos globais, cerca de metade dos agregados em Angola têm instalações sanitárias melhoradas; 22 por cento usa latrina de fossa seca sem tampa ou buraco aberto (não melhorada), 18 por cento usa latrina de fossa seca com tampa, e 17 por cento usa instalações que evacuam para uma fossa séptica. Menos de um terço dos agregados totais (29 por cento) não têm latrinas, no entanto mais de metade dos agregados rurais (54 por cento) não têm nenhuma instalação sanitária.

Tabela 2.4 Meios sanitários dos agregados familiares

Distribuição percentual dos agregados e da população de jure por tipo de casa de banho/instalações de latrina, por residência, Angola ILM 2006-07

Tipo de casa de banho/instalações de latrina	Agregados			População		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Instalações melhoradas						
Evacuação para sistema de esgotos canalizado	15,0	0,1	7,5	14,4	0,2	8,0
Evacuação para fossa séptica	31,5	2,6	17,1	35,0	4,0	21,0
Evacuação para latrina de fossa seca	1,6	0,2	0,9	1,8	0,3	1,1
Latrina Melhorada Ventilada (VIP)	1,8	0,5	1,1	1,7	0,7	1,3
Latrina de fossa seca com tampa	29,6	7,2	18,4	29,4	8,8	20,1
Latrina de maceração	1,4	4,0	2,7	1,4	4,3	2,7
Instalações não melhoradas						
Sem instalações/mato/ar livre	3,7	54,4	29,0	3,0	50,9	24,6
Latrina sem tampa /latrina descoberta	14,8	29,6	22,2	12,9	29,9	20,6
Evacuação não para colectores de esgotos/fossa séptica/latrina de fossa seca	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Balde	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Casa de banho suspensa /latrina suspensa	0,2	0,6	0,4	0,1	0,6	0,4
Outras/em falta	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	1.301	1.298	2.599	8.116	6.666	14.782

2.3.3 Características de Habitação

A Tabela 2.5 apresenta informações sobre a disponibilidade de energia eléctrica, tipo de material utilizado nos pavimentos dos agregados e tipo de combustível utilizado na cozinha. A tabela mostra que cerca de um em três agregados em Angola tem acesso a energia eléctrica (38 por cento). No entanto, o acesso a energia eléctrica varia largamente entre as zonas urbanas (66 por cento) e rurais (9 por cento).

Tabela 2.5 Características de habitação

Distribuição percentual das agregados e da população de jure por características de habitação e percentagem de uso de combustível sólido para confecção de comida; e entre as que utilizam combustíveis sólidos, por residência, Angola ILM 2006-07

Características de habitação	Agregados			População		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Energia eléctrica						
Sim	66,1	8,8	37,5	66,6	10,7	41,4
Não	33,5	90,8	62,1	32,9	88,8	58,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Material de revestimento						
Adubo, areia	13,1	90,4	51,7	12,1	88,0	46,3
Estrume	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2
Madeira/tábuas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Parquet ou madeira vernizada	0,8	0,0	0,4	0,6	0,0	0,3
Mosaico	21,2	0,5	10,8	23,5	0,7	13,2
Cimento	61,1	8,8	35,0	61,1	11,0	38,5
Tapete	3,7	0,2	1,9	2,4	0,2	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Combustível de cozinha						
Energia eléctrica	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2
GPL/gás natural/biogás	83,1	7,8	45,5	86,0	10,4	51,9
Carvão	15,2	24,2	19,7	13,0	25,7	18,7
Madeira	1,5	66,6	34,0	0,9	62,2	28,5
Palha/arbustos/erva	0,0	0,3	0,2	0,0	0,3	0,1
Estrume animal	0,0	0,8	0,4	0,0	1,0	0,4
Outros	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Percentagem de uso de combustível sólido para cozinhar ¹	16,7	91,8	54,2	13,9	89,3	47,9
Número	1.301	1.298	2.599	8.116	6.666	14.782

GPL = Gás de petróleo liquefeito

¹ Inclui carvão, madeira, palha/arbustos/erva e estrume animal

Metade dos agregados utiliza terra ou areia como material principal de pavimento. Quase todos os agregados nas zonas rurais usam estes tipos de material de pavimento (90 por cento), enquanto que em zonas urbanas, o cimento é o material mais utilizado (61 por cento).

São igualmente notadas diferenças acentuadas no tipo de combustível utilizado na cozinha. Enquanto que a maioria dos agregados urbanos cozinham usando um tipo de gás (83 por cento), quase todas as residências rurais preparam os alimentos utilizando lenha (66 por cento) ou carvão mineral (24 por cento). O uso de combustíveis sólidos é quase universal nos agregados rurais (92 por cento) porém é muito menos comum nos agregados urbanos (17 por cento).

2.4 BENS DOS AGREGADOS FAMILIARES

A Tabela 2.6 mostra a percentagem dos agregados que possuem vários bens duradouros e meios de transporte. As informações sobre a posse de bens duradouros e outras propriedades reflectem a condição socioeconómica dos agregados. Um aparelho de rádio é um bem bastante comum na maioria dos agregados, com 84 por cento dos agregados nas zonas urbanas e 46 por cento dos agregados nas zonas rurais possuindo um. Quase metade dos agregados possuem um televisor, que é considerado de bem de luxo e é encontrado principalmente em agregados urbanos (79 por cento). Em termos globais, 26 por cento dos agregados possuem telefones móveis e uma proporção equiparada tem um refrigerador, no entanto existem diferenças consideráveis dependendo da localização do agregado na zona rural ou urbana.

Bens possuídos	Agregados			População		
	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total
Electrodomésticos						
Rádio	84,3	45,7	65,0	85,5	51,0	69,9
Televisor	79,2	12,3	45,8	81,5	16,8	52,4
Telemóvel	45,0	6,9	26,0	45,6	9,3	29,2
Aparelho de telephone fixo	79,3	8,8	44,1	82,4	11,7	50,5
Refrigerador	46,5	2,6	24,6	50,0	3,7	29,1
Meio de Transporte						
Bicicleta	7,6	28,1	17,9	8,8	29,9	18,3
Carro de tracção animal	1,2	1,5	1,4	1,4	2,4	1,8
Mota/trotineta	7,2	11,2	9,2	6,9	14,5	10,3
Carro/camião	26,5	1,4	14,0	29,9	2,0	17,3
Número	1.301	1.298	2.599	8.116	6.666	14.782

Em termos gerais, 18 por cento dos agregados possuem uma bicicleta e 14 por cento possuem um carro ou um caminhão. A posse de uma bicicleta é mais comum nas zonas rurais (28 por cento dos agregados rurais, comparado com 8 por cento dos agregados urbanos), enquanto que a posse de um(a) carro/caminhão é mais comum nas zonas urbanas (27 por cento dos agregados urbanos, comparado com 1 por cento dos agregados rurais).

2.5 CARACTERÍSTICAS DOS INQUIRIDOS DE SEXO FEMININO

A Tabela 2.7 mostra a descrição dos antecedentes das 2.973 mulheres entre 15 e 49 anos inquiridas no IIMA de 2006-07. A mesma indica que quase metade das inquiridas (47 por cento) encontram-se abaixo dos 25 anos. A proporção de mulheres em cada faixa etária decresce a medida que aumenta a idade, reflectindo a estrutura comparativamente jovem da população em Angola.

Tabela 2.7 Antecedentes dos inquiridos
Distribuição percentual das mulheres com idades compreendidas entre 15-49 por antecedentes seleccionados, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Percentagem ponderada	Número ponderado	Número não ponderado
Idade			
15-19	26,5	787	778
20-24	20,7	615	601
25-29	15,3	456	441
30-34	11,7	348	374
35-39	10,1	301	301
40-44	10,1	300	293
45-49	5,6	167	185
Residência			
Urbana	58,9	1.750	1.548
Rural	41,1	1.223	1.425
Região			
Hiperendémica	15,9	473	684
Mesoendémica Estável	30,5	905	703
Mesoendémica Instável	12,9	383	506
Luanda	40,8	1.212	1.080
Formação			
Sem formação	23,8	707	828
Primária	59,2	1.759	1.719
Secundária	15,6	463	384
Acima de secundária	1,2	37	34
Total	100,0	2.973	2.973

Obs.: A categorização do nível de escolaridade refere-se ao nível mais alto de formação frequentada, quer concluído ou não. O total inclui 8 mulheres cujos níveis de escolaridade não constam.

O local de residência é uma característica que determina o acesso aos serviços ou exposição a malária. Três em cada 5 inquiridos (59 por cento) vivem em zonas urbanas. De acordo com o perfil do país, 2 quintos dos inquiridos vivem em Luanda, 31 por cento vive na região Mesoendémica Estável, 16 por cento vive na região Hiperendémica, 13 por cento vive na região Mesoendémica Instável.

2.5.1 Nível de Escolaridade e Alfabetização

A Tabela 2.8 mostra a distribuição dos inquiridos por nível de escolaridade e alfabetização, de acordo com as características de base. Aproximadamente uma em quatro (24 por cento) mulheres entre 15 e 49 anos de idade nunca frequentaram a escola, 49 por cento tem apenas alguma formação do ensino primário, 11 por cento concluiu o ensino primário, 9 por cento tem apenas alguma formação do ensino secundário e 8 por cento concluiu o ensino secundário ou superior.

Tabela 2.8 Nível de escolaridade alcançado pelas mulheres

Distribuição percentual das mulheres com idades compreendidas entre 15-49, por nível de escolaridade mais alto frequentado ou concluído, e a mediana dos anos concluídos, por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Nível de escolaridade mais alto							Total	Mediana dos anos concluídos	Número de mulheres
	Sem formação	Ensino primário (parcial)	Concluiu o ensino primário	Ensino secundário (parcial)	Concluiu o ensino secundário	Acima do ensino secundário	Em falta			
Idade										
15-19	13,6	58,0	13,0	11,7	3,7	0,0	0,0	100,0	5,1	787
20-24	19,3	43,5	11,7	15,9	7,7	1,6	0,3	100,0	5,0	615
25-29	25,1	44,4	11,0	8,9	7,3	3,1	0,3	100,0	4,1	456
30-34	29,6	51,5	6,2	3,2	7,1	1,7	0,7	100,0	3,2	348
35-39	31,1	44,6	11,6	4,4	7,2	0,3	0,8	100,0	3,4	301
40-44	33,1	44,5	9,9	4,3	7,5	0,8	0,0	100,0	3,3	300
45-49	42,5	43,9	1,5	1,8	8,2	2,1	0,0	100,0	1,8	167
Residência										
Urbana	7,8	48,5	16,2	14,9	10,5	2,1	0,1	100,0	6,3	1.750
Rural	46,7	48,9	2,4	0,9	0,7	0,0	0,6	100,0	1,0	1.223
Região										
Hiperendémica	32,9	54,6	5,2	3,5	2,6	0,8	0,4	100,0	2,8	473
Mesoendémica Estável	36,7	48,8	4,3	4,1	4,5	1,2	0,5	100,0	2,4	905
Mesoendémica Instável	35,3	53,2	7,1	2,9	1,0	0,0	0,5	100,0	2,6	383
Luanda	6,9	44,7	18,4	17,0	11,2	1,9	0,0	100,0	6,9	1.212
Total	23,8	48,6	10,5	9,1	6,5	1,2	0,3	100,0	4,1	2.973

As mulheres com maior idade que residem em zonas rurais são mais susceptíveis de não ter qualquer tipo de formação académica. Por exemplo 44 por cento das mulheres urbanas entre 15 e 49 anos de idade concluíram o ensino primário ou mais enquanto que 4 por cento das mulheres rurais atingiram o mesmo nível. Como é de se esperar, quase metade das mulheres em Luanda concluíram o ensino primário ou mais comparada com as proporções de menos de 15 por cento nas três regiões epidemiológicas de malária.

A Tabela 2.9 indica que apenas cerca de 60 por cento das mulheres em Angola são alfabetizadas. Esta condição de alfabetização varia consoante o local de residência. Quatro quintos das mulheres que residem em zonas urbanas são alfabetizadas, comparado com apenas um terço das suas congéneres nas zonas rurais. O nível de alfabetização por idade mostra um aumento contínuo a medida que aumenta a idade. Isto sugere que as gerações mais jovens têm tido mais oportunidades de aprendizagem do que as gerações mais velhas. Três quartos das mulheres com idades compreendidas entre 15 e 19 anos são alfabetizadas, comparado com menos de metade das mulheres com 45 e 49 anos de idade. De igual modo, menos de metade das mulheres em regiões epidemiológicas de malária são alfabetizadas, comparado com 85 por cento em Luanda.

Tabela 2.9 Alfabetização das mulheres

Distribuição percentual das mulheres com idades compreendidas entre 15-49, por nível de escolaridade frequentado e nível de alfabetização, e percentagem de alfabetização, por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Sem formação ou ensino primário							Total	Percentagem de alfabetização ¹	Número
	Ensino secundário ou acima	Capaz de ler uma frase completa	Capaz de ler parte da frase	Incapaz de leitura	Não existe cartaz na língua requerida	Cego/com deficiência visual	Em falta			
Idade										
15-19	15,4	36,1	23,0	25,5	0,0	0,0	0,0	100,0	74,5	787
20-24	25,1	26,2	12,7	35,8	0,1	0,0	0,0	100,0	64,0	615
25-29	19,3	24,6	14,8	41,2	0,0	0,1	0,0	100,0	58,7	456
30-34	12,0	26,2	13,6	47,9	0,2	0,0	0,0	100,0	51,8	348
35-39	12,0	27,3	13,5	47,0	0,0	0,0	0,2	100,0	52,8	301
40-44	12,6	29,9	17,3	40,3	0,0	0,0	0,0	100,0	59,7	300
45-49	12,1	20,7	12,7	53,6	0,5	0,2	0,1	100,0	45,6	167
Residência										
Urbana	27,5	36,2	18,2	18,0	0,1	0,0	0,0	100,0	81,9	1.750
Rural	1,5	18,1	13,8	66,4	0,1	0,0	0,1	100,0	33,4	1.223
Região										
Hyperendémica	6,9	21,7	18,6	52,7	0,0	0,0	0,0	100,0	47,2	473
Mesoendémica Estável	9,7	24,6	10,2	55,4	0,1	0,0	0,0	100,0	44,5	905
Mesoendémica Instável	3,9	22,2	23,0	50,5	0,0	0,1	0,2	100,0	49,1	383
Luanda	30,0	36,6	18,1	15,1	0,1	0,0	0,0	100,0	84,8	1.212
Total	16,8	28,7	16,4	37,9	0,1	0,0	0,0	100,0	61,9	2.973

¹ Refere-se às mulheres que frequentaram a escola secundária ou acima deste nível e mulheres que são capazes de ler parte de uma frase ou uma frase completa.

Este capítulo aborda os níveis, padrões e tendências actuais, cumulativos e passados da fecundidade, observados com base no Inquérito de Indicadores de Malária em Angola 2006-07. Os dados sobre a fecundidade foram obtidos através dos relatos de gravidez fornecidos por mulheres entre 15 e 49 anos de idade inquiridas durante o IIMA 2006-07. Cada mulher foi inquirida sobre os partos que já teve ao longo da sua vida. Para assegurar a integralidade das respostas, a duração, o mês e o ano do término, foram registados os resultados de cada gravidez. Além disso, fizeram-se perguntas separadamente sobre os filhos e filhas que vivem com as suas mães, os que vivem noutra local separados dos pais, bem como os que já faleceram. Posteriormente, foi elaborada uma listagem de todos os nascimentos, incluindo o nome, a idade, se ainda estiver vivo, e a idade à morte, se falecido.

Os cuidados de saúde prestados à mãe durante a gravidez, parto, e pós-parto são também essenciais para a sobrevivência e o bem-estar da mãe e da criança. Ademais, este capítulo apresenta as constatações sobre duas áreas importantes da saúde materna, isto é, cuidados pré-natal e parto.

3.1 FECUNDIDADE

3.1.1 Fecundidade Actual

O nível actual da fecundidade é importante, pois apresenta dados da situação prevalecente e está relacionado com as políticas e programas virados para a população. A fecundidade actual pode ser calculada através das taxas específicas de fecundidade por idade (TEFI), taxa global de fecundidade (TGF), taxa de fecundidade geral (TFG) e a taxa bruta de natalidade (TBN). As TEFIs fornecem o padrão etário da fecundidade, enquanto que as TGF referem-se ao número de nado-vivos que uma mulher poderia ter se reproduzisse às TEFIs ao longo dos seus anos de procriação (15-49 anos). Os indicadores mais generalizados de fecundidade incluem a taxa da fecundidade geral (TFG) expressa como número de nado-vivos em cada 1.000 mulheres. As medidas da fecundidade apresentados neste capítulo referem-se ao período de três anos antes da realização do inquérito. Isto gera um número suficiente de nascimentos capazes de fornecer estimativas sólidas e actuais.

A medida da fecundidade geralmente mais utilizada é a TGF. A tabela 3.1 mostra que em média, uma mulher angolana teria 5,8 crianças até ao fim dos seus anos de procriação se o padrão de fecundidade actual prevalecesse. A tabela 3.1 apresenta também a taxa da fecundidade geral (197 nascimentos por cada 1.000 mulheres) e a taxa bruta de natalidade (TBN) (42 nado-vivos por cada 1.000 população).

O IIMA 2006-07 constatou que a taxa global de fecundidade da zona urbana é muito inferior à da zona rural (4.4 e 7.7 crianças respectivamente). O gráfico 3.1 mostra as taxas específicas de fecundidade por idade de acordo com a localização urbana-rural.

Tabela 3.1 Fecundidade actual

As taxas específicas de fecundidade por idade (TEFI), a taxa global de fecundidade (TGF), a taxa de fecundidade geral (TFG), e a taxa bruta de natalidade (TBN) para os últimos três anos anterior ao inquérito, por residência, Angola IIM 2006-07

Faixa etária	Residência		Total
	Urbana	Rural	
15-19	104	260	165
20-24	189	336	244
25-29	220	348	273
30-34	198	260	226
35-39	117	215	164
40-44	41	99	68
45-49	7	25	16
TGF (15-49)	4,4	7,7	5,8
TFG	148	265	197
TBN	35,0	50,2	42,4

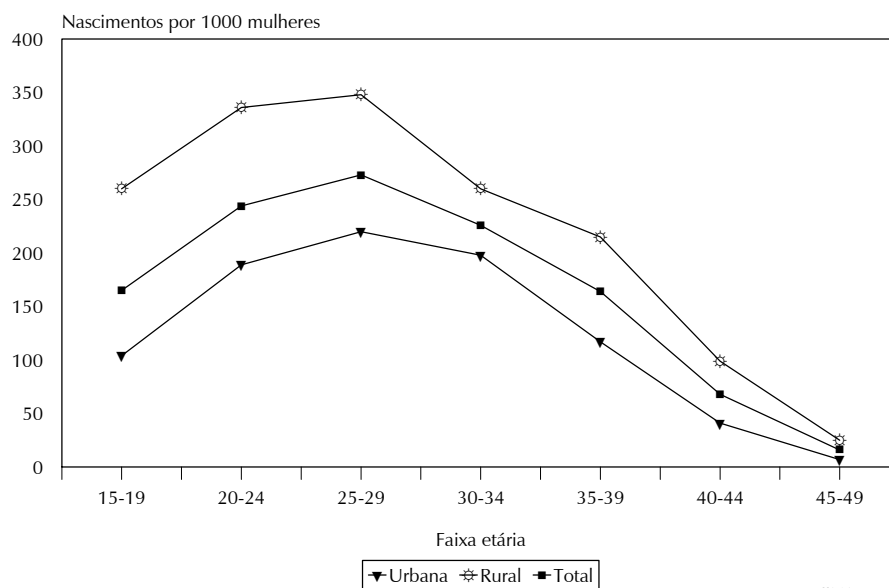
Obs.: As taxas específicas de fecundidade por idade são por 1.000 mulheres. As taxas pela faixa etária de 45-49 são capazes de serem polarizadas devido ao truncamento. As taxas são referentes ao período de 1-36 meses antes da realização do inquérito.

TGF: Taxa Global de Fecundidade expressa em filhos por mulher

TFG: Taxa de Fecundidade Geral expressa por 1.000 mulheres

TBN: Taxa Bruta de Natalidade, expressa por 1.000 população

Gráfico 3.1 Taxas Específicas de Fecundidade por Idade e Residência Urbana e Rural



IIMA 2006-07

Sabe-se que a fecundidade varia com base em localização, nível académico, e outros antecedentes de uma mulher. A tabela 3.2 mostra três indicadores diferentes da fecundidade, principalmente a taxa global da fecundidade, o número médio de crianças nascidas pelas mulheres de idade entre 40-49 anos, bem como a percentagem das mulheres actualmente grávidas. O número médio de crianças nascidas pelas mulheres de 40-49 anos de idade é um indicador da fecundidade cumulativa; reflectindo o desempenho de fecundidade de mulheres de idades mais avançadas que se aproximam do fim do seu período de procriação. Se a fecundidade se mantiver estável durante o período, as duas medidas de fecundidade, a taxa global de fecundidade (TGF) e as crianças nascidas vivas tendem a ser muito semelhantes. A percentagem de mulheres grávidas proporciona uma medida útil adicional dos níveis de fecundidade actuais, embora se reconheça que isto possa não abranger todos os casos de gravidez numa fase inicial.

Tabela 3.2 Fecundidade por antecedentes

Taxa global de fecundidade para os três anos anteriores ao inquérito, percentagem das mulheres com idades compreendidas entre 15-49 actualmente grávidas, e o número médio das crianças nascidas pelas mulheres de idade entre 40-49, por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Taxa Global de Fecundidade	Percentagem de mulheres de idade de 15-49 anos actualmente grávidas	Número médio de crianças nascidas pelas mulheres de idade 40-49 anos
Residência			
Urbana	4,4	5,3	6,0
Rural	7,7	13,2	7,3
Região			
Hiperendémica	7,0	12,2	7,4
Mesoendémica Estável	6,8	10,2	6,5
Mesoendémica Instável	7,6	13,9	7,8
Luanda	3,9	4,1	5,9
Formação			
Sem formação	7,8	11,5	7,3
Ensino primário	5,9	9,1	6,6
Ensino secundário ou acima	2,5	1,8	4,9
Quintil de riqueza			
Mais baixo	8,0	13,7	7,0
Segundo	7,4	12,6	7,3
Médio	6,7	9,2	6,9
Quarto	4,9	5,9	6,4
Mais elevado	2,8	3,4	5,5
Total	5,8	8,5	6,6

Obs.: As taxas globais de fecundidade referem-se ao período de 1-36 meses antes da realização do inquérito.

A tabela 3.2 mostra que existe uma grande variação regional da taxa global de fecundidade (TGF). A taxa global de fecundidade em Luanda é inferior à taxa nacional (3.9). As taxas de fecundidade actuais indicam que as mulheres na zona Mesoendémica Instável terão quase duplo filhos do que as mulheres em Luanda (7.6 comparado com 3.9). A diferença entre as TGFs e a fecundidade completada é um indicador da magnitude e da direcção da variação da fecundidade. Para Angola, como um todo, a diferença entre o número médio de crianças nascidas vivas de mulheres de idade

entre 40-49 anos e a taxa global de fecundidade é de 0,8 crianças, o que reflecte uma ligeira alteração dos níveis de fecundidade nos últimos 20 a 25 anos. Considerando a variação regional, a diferença entre a taxa global de fecundidade e a fecundidade completada é relativamente grande em Luanda (dois filhos). Esta alteração sugere um declínio da fecundidade na cidade capital mais grande que al interior do país, ao longo das décadas.

Dois indicadores socio-económicos – a educação da mulher e a condição de riqueza do seu agregado – demonstram uma forte relação com os níveis de fecundidade. O nível de fecundidade decresce-se drasticamente com o nível de educação, de 7,8 entre as mulheres sem formação para 2,5 entre as mulheres com ensino secundário ou superior. Variações ainda mais altas das taxas globais de fecundidade estão representadas por nível de riqueza do agregado. As taxas globais de fecundidade das mulheres entre 20 por cento da população mais pobre é de 8,0 nascimentos por mulher, enquanto que as taxas globais de fecundidade para 20 por cento da população mais rica é apenas de 2,8 crianças. As diferenças entre o número médio de nascimentos de mulheres entre 40-49 anos de idade e as taxas globais de fecundidade das mulheres com formação superior e nos quintéis de riqueza mais elevados proporcionam evidências de declínios da fecundidade entre as mulheres nestes grupos em décadas recentes.

Na altura da realização do inquérito, 9 por cento das mulheres inquiridas declararam-se estarem grávidas. Os diferenciais dos números de casos de gravidez estão em paralelo com os diferenciais dos níveis actuais da fecundidade. Por exemplo, 5 por cento das mulheres urbanas que declararam-se estarem grávidas no momento do inquérito, comparado com 13 por cento nas zonas rurais, 14 por cento na zona Mesoendémica Instável, 12 por cento entre as mulheres sem formação e 14 por cento entre as mulheres no quintil mais baixo.

3.1.2 Crianças Nascidas Vivas e Sobreviventes

A tabela 3.3 apresenta a distribuição de todas as mulheres por número de crianças nascidas, de acordo com grupos da faixa etária de 5 anos de idade. A tabela mostra também a média de crianças nascidas vivas. Os dados sobre o número de crianças nascidas vivas reflectem o cumulativo de nascimentos por mulheres ao longo dos seus anos de procriação e por conseguinte, fazem referências limitadas aos níveis de fecundidade actuais, sobretudo se o país sofre um declínio recente dos seus níveis de fecundidade.

Idades	Número de crianças nascidas vivas											Número de mulheres	Número médio de crianças nascidas vivas	Número médio de crianças sobreviventes	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				Total
15-19	71,4	22,8	5,1	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	787	0,35	0,33
20-24	31,1	22,6	26,4	12,3	4,9	1,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	615	1,46	1,27
25-29	7,3	15,7	19,2	19,0	17,1	11,5	5,0	2,9	0,8	0,7	0,6	100,0	456	3,08	2,56
30-34	2,5	5,3	10,9	13,8	17,8	20,1	12,8	9,0	5,0	1,5	1,4	100,0	348	4,48	3,68
35-39	1,1	2,1	6,3	7,4	12,4	17,9	16,7	13,7	10,9	6,5	5,1	100,0	301	5,72	4,69
40-44	3,4	1,4	5,5	5,8	10,8	15,9	12,4	9,9	11,3	7,0	16,6	100,0	300	6,34	4,95
45-49	1,8	0,9	2,6	7,2	5,9	8,6	11,4	20,2	9,6	12,1	19,8	100,0	167	7,07	5,43
Total	27,3	14,1	12,4	8,9	8,5	8,4	6,0	5,0	3,5	2,3	3,6	100,0	2.973	3,01	2,45

A maternidade começa cedo em Angola e é quase universal. Sete em cada 10 mulheres de 15-19 anos de idade nunca tiveram filhos, comparado com apenas 3 em 10 mulheres de 20-24 anos de idade. A proporção diminui para menos de 10 por cento até os 30-34 anos. Em média, uma mulher em Angola já deu à luz a 3 filhos até à fim da faixa dos vinte anos e a quase 6 filhos na fim da faixa dos seus trinta anos. Porque a renúncia voluntária da maternidade em Angola é rara, presume-se que a maioria das mulheres sem filhos sejam fisiologicamente incapazes de conceber. A percentagem de

mulheres sem filhos no término do seu período de procriação é uma medida indirecta da infertilidade primária (a proporção de mulheres totalmente incapazes de ter filhos). A tabela 3.3 mostra que a infertilidade primária é baixa (menos de 2 por cento). Para além de fornecer a descrição do tamanho médio do agregado familiar, as informações sobre as crianças nascidas vivas e o número de crianças sobreviventes também proporcionam algumas indicações da mortalidade infantil e adulta. Os resultados do IIMA 2006-07 indicam que em média, as mulheres têm 2.5 crianças sobreviventes. A diferença entre o número médio de crianças nascidas vivas e crianças ainda em vida aumenta com a idade das mulheres. Até ao fim do seu período de procriação, as mulheres teriam perdido mais de 20 por cento dos seus filhos nascidos.

3.1.3 Intervalos Entre Nascimento

O estudo sobre os intervalos entre nascimentos é importante para a compreensão do estado de saúde das crianças menores. A evidência de que as mulheres com intervalos curtos entre os partos têm maior fecundidade do que as mulheres com intervalos longos, é observada em muitos países. Também foi demonstrado que os intervalos curtos entre partos, especialmente aqueles de menos de 2 anos (24 meses), aumentam os riscos de morte da criança e a saúde materna é também prejudicada com espaços curtos entre os partos. O estudo dos intervalos entre partos é feito utilizando dois cálculos, nomeadamente mediana do intervalo entre partos e a proporção de crianças de não primíparas que são nascidas com um intervalo de 24 meses ou mais, depois do último parto. A tabela 3.4 mostra a percentagem da distribuição de nascimentos de não primíparas, nos cinco anos anteriores ao inquérito por número de meses desde o parto anterior, de acordo com as variáveis demográficas e socio-económicas seleccionadas.

Tabela 3.4 Intervalos de nascimento								
Distribuição percentual de nascimento que não sejam pela primeira vez nos cinco anos anteriores ao inquérito por número de meses desde o último nascimento, e mediana de meses desde o parto precedente, por antecedentes, Angola IIM 2006-07								
Antecedentes	Meses desde o último nascimento					Total	Número de partos que não sejam os primeiros	Mediana de meses desde o último nascimento
	7-17	18-23	24-35	36-47	48+			
Idade								
15-19	11,1	27,1	50,5	9,3	2,0	100,0	44	24,9
20-29	19,5	19,4	41,9	15,6	3,5	100,0	562	26,4
30-39	19,2	16,1	46,0	14,3	4,5	100,0	358	26,6
40-49	16,2	9,5	55,3	14,2	4,7	100,0	88	27,6
Sexo do último nascimento								
Masculino	19,1	17,4	45,7	13,5	4,3	100,0	529	26,5
Feminino	18,4	18,2	43,8	16,1	3,5	100,0	522	26,5
Sobrevivência do último nascimento								
Vivo	15,7	18,1	46,0	16,0	4,2	100,0	926	27,0
Morto	41,9	15,3	35,9	5,9	1,1	100,0	125	21,2
Residência								
Urbana	21,5	17,0	41,3	16,6	3,6	100,0	420	26,1
Rural	17,0	18,3	47,1	13,6	4,0	100,0	631	26,7
Região								
Hyperendémica	13,4	20,7	47,6	14,9	3,4	100,0	205	26,8
Mesoendémica Estável	21,3	16,0	45,9	13,0	3,7	100,0	395	26,8
Mesoendémica Instável	16,9	20,8	43,9	14,4	3,9	100,0	202	25,9
Luanda	20,7	15,8	41,3	17,9	4,3	100,0	249	26,3
Formação								
Sem formação	20,3	17,8	42,6	16,2	3,2	100,0	382	26,3
Ensino primário	17,2	18,9	46,1	13,5	4,2	100,0	610	26,6
Ensino secundário ou acima	(29,7)	(5,4)	(37,8)	(18,9)	(8,1)	(100,0)	37	(27,5)
Quintil de riqueza								
Mais baixo	17,7	14,6	44,7	19,4	3,5	100,0	258	27,3
Segundo	19,0	17,5	48,1	11,8	3,6	100,0	278	26,8
Médio	20,8	23,1	40,2	10,7	5,2	100,0	262	24,9
Quarto	14,7	18,2	48,3	17,8	1,0	100,0	164	27,1
Mais elevado	22,5	11,7	41,9	17,4	6,5	100,0	89	26,7
Total	18,8	17,8	44,8	14,8	3,9	100,0	1.051	26,5

Note: Os nascimentos de primeira vez são excluídos. O intervalo de nascimentos múltiplos é o número de meses decorridos desde a última gravidez que culminou num nado-vivo. Os números entre parênteses são baseados em 25-49 casos não ponderados.

De forma geral, a mediana do intervalo entre partos em Angola é de 26,5 meses. Enquanto que 19 por cento dos partos ocorre em menos de 18 meses após o parto anterior, 45 por cento dos partos ocorre dentro de um período de 2 á 3 anos depois do parto anterior. Só 4 por cento de nascimentos ocorre 4 anos ou mais após o parto anterior. Geralmente, os resultados indicam que existem pequenas diferenças nos intervalos entre partos entre os subgrupos de mulheres, excepto com a situação de sobrevivência de um parto anterior, onde o intervalo é mais curto, no caso de o parto anterior não ter sobrevivido (21 meses), do que se tivesse sobrevivido (27 meses).

3.1.4 Maternidade Adolescente

A maternidade adolescente tem consequências demográficas e sociais potencialmente negativas. Filhos nascidos de mães muito jovens enfrentam um risco maior de contraírem doenças ou morrerem. Isto talvez se deva ao facto que as mães adolescentes sejam mais susceptíveis de estarem sujeitas a complicações durante a gravidez e parto do que as mães adultas, resultando numa maior morbidade e mortalidade tanto para elas como para os seus filhos. Além disso, a maternidade precoce pode impedir a adolescente de perseguir oportunidades de formação e emprego.

A tabela 3.5 mostra a percentagem de mulheres com idades compreendidas entre 15-19 anos, por antecedentes. Três em cada 10 adolescentes já começaram a maternidade. Existe uma grande diferença na fecundidade entre as adolescentes que vivem em zonas urbanas e as que vivem em zonas rurais (18 por cento comparado com 47 por cento). A nível regional, a proporção das adolescentes que já começaram a maternidade é mais alta na região Hiperendémica (46 por cento), seguida das regiões Mesoendémica Instável (42 por cento) e Mesoendémica Estável (38 por cento). Luanda, a capital, tem a proporção mais baixa de adolescentes que já começaram a maternidade (14 por cento).

Os resultados ainda revelam que existe uma relação negativa entre o nível académico e a maternidade no seio das adolescentes. Por exemplo, enquanto que 57 por cento de adolescentes sem formação já iniciou a sua maternidade, a proporção correspondente de adolescentes com formação secundária é de 8 por cento. Existe um padrão semelhante no que tange à riqueza, onde 7 por cento das adolescentes no quintil de riqueza mais elevado teve um nado-vivo comparado com 47 por cento entre as nos quintil mais baixo.

Os cuidados de saúde que uma mãe recebe durante a gravidez, o parto, e logo após o parto são importantes para a sobrevivência e bem-estar da mãe e do filho. Este capítulo apresenta as constatações sobre as duas áreas importantes para a saúde materna: cuidados pré-natal e parto.

3.2 SAÚDE REPRODUTIVA

3.2.1 Cuidado Pré-natal

Os cuidados adequados prestados durante a gravidez e o parto são importantes para a saúde tanto da mãe como do bebé. É importante que o cuidado pré-natal seja prestado por um profissional

Tabela 3.5 Maternidade adolescente

Percentagem de mulheres de idade entre 15-19 que tiveram um nado-vivo, por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Percentagem que teve um nado-vivo	Número de mulheres
Idade		
15	2,9	161
16	13,9	147
17	27,6	150
18	46,1	196
19	51,5	132
Residência		
Urbana	18,3	499
Rural	46,5	287
Região		
Hiperendémica	46,3	111
Mesoendémica Estável	37,5	234
Mesoendémica Instável	42,4	90
Luanda	13,5	351
Formação		
Sem Formação	57,1	107
Ensino Primário	27,6	558
Ensino Secundário ou acima	7,9	121
Quintil de riqueza		
Mais baixo	46,6	111
Segundo	44,6	137
Médio	39,2	151
Quarto	21,2	182
Mais elevado	7,2	207
Total	28,6	787

de saúde qualificado para possibilitar o acompanhamento da gravidez e reduzir os riscos para a mãe e a criança durante a gravidez e o parto. No IIMA 2006-07, as mulheres que tiveram filhos nos cinco anos antes do inquérito, foram questionadas sobre os cuidados maternos. As mães foram questionadas se haviam recebido cuidado pré-natal durante a gravidez do último nado-vivo. Para as mulheres com dois ou mais nado-vivos durante este período de 5 anos, os dados referem-se ao nascimento mais recente.

A tabela 3.6 mostra a percentagem de distribuição das mães nos cinco anos antes do inquérito por fontes de cuidado pré-natal recebido durante a gravidez, de acordo com características seleccionadas. As mulheres foram solicitadas a prestar depoimentos sobre todas as fontes de cuidado pré-natal recebido durante o seu último parto. No caso de a mulher estar assistida por mais de um profissional de saúde, registou-se o nome do profissional mais qualificado.

Tabela 3.6 Cuidado pré-natal

Distribuição percentual de mulheres com idade entre 15-49 que tiveram um nado-vivo nos últimos anos anteriores à realização do inquérito por cuidado pré-natal (CPN) prestados durante a gravidez para o parto mais recente, recebendo os cuidados pré-natal dum profissional de saúde qualificado, por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Médico	Enfermeira/ parteira	Enfermeira/ parteira assistente	Parteira tradicional	Outros	Nenhum	Em falta	Total	Percentagem recebendo cuidados pré- natal de um profissional de saúde qualificado	Número de mulheres
Idade da mãe à nascença										
<20	8,8	73,9	0,5	1,9	0,6	9,4	5,0	100,0	83,2	451
20-34	10,3	68,9	0,5	1,0	0,8	14,2	4,3	100,0	79,7	800
35-49	8,0	63,3	0,0	1,2	0,1	19,8	7,7	100,0	71,2	171
Residência										
Urbana	12,7	79,0	0,7	0,8	0,0	2,1	4,7	100,0	92,4	679
Rural	6,6	61,4	0,2	1,8	1,2	23,6	5,2	100,0	68,2	743
Região										
Hiperendémica	4,7	62,9	0,1	5,1	0,1	23,9	3,2	100,0	67,7	297
Mesoendémica Estável	11,0	69,1	0,0	0,0	1,3	13,9	4,6	100,0	80,1	489
Mesoendémica Estável	7,4	63,3	0,7	0,6	1,0	18,7	8,3	100,0	71,4	228
Luanda	12,6	79,2	1,0	0,5	0,0	2,0	4,7	100,0	92,8	408
Formação da mãe										
Sem formação	5,2	57,3	0,1	3,4	1,1	27,9	5,0	100,0	62,6	417
Ensino primário	10,2	75,3	0,7	0,5	0,5	8,3	4,5	100,0	86,2	857
Ensino secundário ou acima	19,3	72,9	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	100,0	92,3	140
Total	9,6	69,8	0,4	1,3	0,6	13,3	4,9	100,0	79,8	1.422

Obs.: Se for referenciada mais de uma fonte de CPN, somente o técnico com a qualificação mais elevada será considerado nesta tabela.

¹ Profissional de saúde qualificado inclui o médico, a enfermeira, bem como a enfermeira/parteira assistente

Oitenta por cento das mulheres que tiveram partos nos cinco anos antes do inquérito receberam cuidado pré-natal pelo menos uma vez de um profissional qualificado (médico, enfermeira, parteira ou enfermeira/parteira assistente). A maioria (70 por cento) das mulheres recebeu cuidado pré-natal de uma enfermeira ou parteira, enquanto que 10 por cento das mulheres recebeu cuidado pré-natal de um médico. Um por cento recebeu cuidados pré-natal de uma parteira tradicional e 13 por cento não recebeu nenhum cuidado pré-natal.

A cobertura de cuidado pré-natal prestado por um profissional qualificado é significativamente maior em zonas urbanas do que em zonas rurais (92 por cento e 68 por cento respectivamente). A cobertura de cuidado pré-natal é maior em Luanda com 93 por cento das mulheres recebendo cuidado pré-natal de um profissional qualificado. Na região Hiperendémica, quase um quarto das mulheres (24 por cento) não recebeu cuidado pré-natal.

O cuidado pré-natal variam de acordo com o nível académico da mulher. As mulheres com formação secundária ou superior são mais susceptíveis de receber cuidado pré-natal de um

profissional qualificado (92 por cento) do que as mulheres com apenas formação primária (86 por cento) ou sem formação (63 por cento). Uma proporção relativamente alta de mulheres sem formação (28 por cento) não recebe absolutamente nenhum cuidado pré-natal.

3.2.2 Lugar de Parto

Aumentar o número de crianças nascidas em unidades sanitárias é um factor importante para o melhoramento das condições de saúde de mãe e bebé. Atendimento médico e condições higiénicas adequados durante o parto podem reduzir os riscos de complicações e infecções que causam morbidade e mortalidade da mãe ou do bebé. A tabela 3.7 apresenta a percentagem de distribuição de nado-vivos durante os cinco anos antes do inquérito por lugar de parto, de acordo com os antecedentes.

Tabela 3.7 Lugar de nascimento							
Distribuição percentual dos últimos nados-vivos nos últimos cinco anos anteriores à realização do inquérito por lugar de nascimento e percentagem de nascimento em unidades sanitárias, por antecedentes, Angola IIM 2006-07							
Antecedentes	Unidade Sanitária				Total	Percentagem de nascimento em unidades sanitárias	Número de nascimentos
	Sector Público	Sector Privado	Casa	Outros			
Idade da mãe à nascença							
<20	46,5	0,3	52,8	0,4	100,0	46,8	451
20-34	44,7	1,2	53,9	0,2	100,0	45,9	800
35-49	41,3	0,9	57,5	0,4	100,0	42,2	171
Residência							
Urbana	70,2	1,8	27,8	0,2	100,0	72,1	679
Rural	21,7	0,1	77,9	0,3	100,0	21,7	743
Região							
Hyperendémica	32,0	0,1	66,9	1,0	100,0	32,2	297
Mesoendémica Estável	32,2	0,2	67,6	0,0	100,0	32,4	489
Mesoendémica Instável	34,1	0,2	65,3	0,4	100,0	34,3	228
Luanda	75,4	2,7	21,9	0,0	100,0	78,1	408
Formação de mãe							
Sem formação	18,7	0,7	80,4	0,2	100,0	19,4	417
Ensino primário	51,5	0,6	47,7	0,2	100,0	52,1	857
Ensino secundário ou acima	84,5	3,6	11,2	0,8	100,0	88,1	140
Total	44,9	0,9	54,0	0,3	100,0	45,8	1.422

A tabela 3.7 mostra que menos de metade de nascimentos (46 por cento) ocorreram em unidades sanitárias, com quase todos eles ocorrendo em unidades sanitárias públicas. Menos de um por cento de partos ocorre em unidades sanitárias privadas. Cinquenta e quatro por cento de partos ocorrem em residências segundo os dados recolhidos pelo IIMA 2006-07.

O lugar de parto varia muito segundo a residência, urbana ou rural, com 72 por cento de nascimentos nas áreas urbanas comparado com apenas 22 por cento de nascimentos em zonas rurais ocorrendo numa unidade sanitária. Setenta e oito por cento de nascimentos ocorrem em unidades sanitárias em Luanda. Em todas as outras regiões, entre 32 e 34 por cento ocorreram numa unidade sanitária. As mães com nível secundário e superior de educação têm 4 vezes e meio mais probabilidade de dar à luz numa unidade sanitária do que as sem educação (88 por cento comparado com 19 por cento).

3.2.3 Assistência durante o Parto

Os cuidados obstétricos prestados por um profissional qualificado durante o parto são reconhecidos como um elemento essencial para a redução dos riscos da mortalidade materna e neonatal. Os partos em residências são normalmente mais susceptíveis de ocorrerem sem assistência de um profissional qualificado, enquanto que os partos realizados em unidades sanitárias são mais susceptíveis de ocorrerem com a assistência de um profissional de saúde qualificado. A tabela 3.8 mostra o tipo de assistência prestado durante o parto, por antecedentes seleccionados.

Tabela 3.8 Assistência durante o parto

Distribuição percentual dos últimos nascidos-vivos durante os últimos cinco anos anteriores à realização do inquérito por pessoa prestando assistência durante o parto e percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado, por antecedentes, Angola 2006-07

Antecedentes	Pessoa que assistiu o parto							Total	Percentagem assistida por profissional de saúde qualificado ¹	Número de nascimentos
	Médico	Enfermeira/ parteira	Enfermeira/ parteira assistente	Parteira tradicional	Parente/ outra	Ninguém	Não sabe/ em falta			
Idade da mãe à nascença										
<20	4,3	43,9	0,8	20,9	18,6	6,5	5,0	100,0	49,0	451
20-34	5,0	42,1	0,7	19,6	16,1	12,2	4,3	100,0	47,8	800
35-49	1,5	38,9	0,6	23,9	11,1	16,4	7,7	100,0	41,0	171
Lugar de nascimento										
Unidade sanitária	10,1	88,4	1,1	0,0	0,5	0,0	0,0	100,0	99,5	615
Outro lugar	0,0	7,1	0,4	36,2	28,4	19,2	8,7	100,0	7,5	806
Residência										
Urbana	6,9	63,5	0,8	9,5	10,2	4,4	4,7	100,0	71,3	679
Rural	2,0	22,9	0,6	30,6	21,8	16,9	5,2	100,0	25,5	743
Região										
Hiperendémica	0,8	32,1	0,7	41,4	11,9	10,0	3,2	100,0	33,5	297
Mesoendémica Estável	5,1	31,0	0,4	21,3	18,7	18,9	4,6	100,0	36,4	489
Mesoendémica Instável	2,4	32,1	0,4	19,6	30,6	6,5	8,3	100,0	35,0	228
Luanda	7,2	68,9	1,3	4,9	8,6	4,3	4,7	100,0	77,4	408
Formação de mãe										
Sem formação	2,9	18,4	0,2	37,0	20,0	16,4	5,0	100,0	21,6	417
Ensino primário	4,0	49,2	1,0	15,4	16,2	9,7	4,5	100,0	54,1	857
Ensino secundário ou acima	11,3	71,8	0,6	1,8	4,7	2,1	7,7	100,0	83,7	140
Total	4,4	42,3	0,7	20,5	16,3	10,9	4,9	100,0	47,3	1.422

Obs: Se o respondente fez referência a mais de uma pessoa a assistir durante o parto, somente a pessoa com a qualificação mais alta deverá constar desta tabela.

¹ Profissional de saúde qualificado inclui o médico, enfermeira, parteira e enfermeira/parteira assistente.

A tabela 3.8 mostra que quatro por cento de nascimentos foram assistidos por um médico, 42 por cento por uma enfermeira ou parteira, e 1 por cento por uma enfermeira/parteira assistente. Ao todo, 47 por cento de nascimentos foram assistidos por um profissional qualificado. Vinte e um por cento de nascimentos foram assistidos por uma parteira tradicional, 16 por cento por um parente e 11 por cento de nascimentos não tiveram absolutamente nenhuma assistência.

Dos nascimentos que ocorreram em unidades sanitárias, quase todos foram assistidos por um profissional qualificado, comparado com apenas 8 por cento de nascimentos que ocorreram fora de uma unidade sanitária. Setenta e um por cento de partos nas zonas urbanas foram realizados por um profissional qualificado, comparado com apenas 26 por cento nas zonas rurais. Sete por cento dos nascimentos em zonas urbanas foram realizados por um médico, comparado com dois por cento nas zonas rurais.

Mais de três em quatro partos em Luanda (77 por cento) foram assistidos por um profissional qualificado. Em todas as outras regiões, entre 34 e 36 por cento foram assistidos por profissionais qualificados. Quase um terço de partos na Zona Mesoendémica Instável foi realizado por um parente.

A educação materna está estritamente relacionada com a assistência por um profissional de saúde durante o parto. As mulheres com formação secundária ou superior são mais susceptíveis de procurarem assistência de um profissional de saúde qualificado durante o parto. Oitenta e quatro por cento dos partos de mulheres com formação secundária ou superior foram assistidos por um médico, uma enfermeira, uma parteira ou enfermeira/parteira assistente, comparado com apenas 22 por cento dos partos de mulheres sem formação.

As estratégias traçadas pelo Governo Angolano para o combate à malária incluem a pulverização domiciliária com insecticidas, a distribuição e promoção de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (REMTIs) e o tratamento intermitente preventivo (TIP) da malária durante a gravidez.

O Inquérito de Indicadores de Malária em Angola 2006-07 (IIMA 2006-07) recolheu informações sobre os meios de prevenção contra a malária, o uso do TIP durante a gravidez, bem como a prevalência e tratamento de febres em crianças menores de cinco anos. Além disso, durante o IIMA 2006-07, foram recolhidas amostras de sangue de crianças de entre 6-59 meses de idade e de mulheres grávidas entre 15-49 anos de idade para testes de malária através do uso de testes de diagnóstico rápidos (TDRs) e para testes de anemia através da verificação dos níveis da hemoglobina. Os resultados estão apresentados neste capítulo.

4.1 PULVERIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

A pulverização domiciliária é uma componente importante dos esforços empreendidos em pro do controlo da transmissão da malária em Angola. Para obter informações sobre a prevalência da pulverização domiciliária, todos os agregados inquiridos durante o IIMA 2006-07 foram interrogados se as suas residências haviam sido pulverizadas contra os mosquitos durante o período de 12 meses anteriores à realização do inquérito e, quem as havia pulverizado e quantos meses haviam decorridos desde a última pulverização.

A tabela 4.1 mostra que apenas 2 por cento dos agregados informou que as suas residências haviam sido pulverizadas, principalmente como parte de um programa do governo (67 por cento das residências pulverizadas). Entre os agregados cujas residências haviam sido pulverizadas, a mediana desde a última pulverização foi de 5.5 meses.

Tabela 4.1 Pulverização domiciliária

Percentagem de residências cujos muros interiores foram pulverizados durante os 12 meses anteriores à realização do inquérito, por fonte de pulverização e mediana de meses desde a pulverização, por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Residência, cujos muros interiores foram pulverizados durante os 12 meses anteriores à realização do inquérito	Número de residências	Fonte de pulverização				Mediana (em meses) desde a pulverização residência	Número de residências cujos muros interiores foram pulverizados
			Programa do Governo	Empresa Privada	Membro do agregado	Outras/ Não sabe		
Residência								
Urbana	3,6	1.301	64,8	8,5	2,7	24,0	5,7	47
Rural	1,0	1.298	*	*	*	*	*	13
Região								
Hyperendémica	1,4	498	*	*	*	*	*	7
Mesoendémica Estável	0,7	928	*	*	*	*	*	6
Mesoendémica Instável	10,0	360	69,5	0,0	6,9	23,6	5,7	36
Luanda	1,3	813	*	*	*	*	*	11
Quintil de riqueza								
Mais baixo	0,5	650	*	*	*	*	*	4
Segundo	2,5	566	(73,0)	(0,0)	(0,0)	(27,0)	(5,1)	14
Médio	1,9	489	*	*	*	*	*	9
Quarto	1,6	451	*	*	*	*	*	7
Mais elevado	6,0	443	(64,2)	(15,2)	(0,0)	(20,7)	(5,6)	26
Total	2,3	2.599	67,0	6,7	4,1	22,2	5,5	60

Obs.: As cifras entre parênteses estão baseadas em 25-49 casos não ponderados. O asterisco indica que o número está baseado em menos de 25 casos não ponderados e tenham sido suprimido.

As taxas de pulverização variam consideravelmente de acordo com a residência. Os agregados nas zonas urbanas eram quase 4 vezes mais capazes do que os nas zonas rurais de informar de que as suas residências haviam sido pulverizadas (3,6 por cento, 1 por cento, respectivamente). A prevalência da pulverização domiciliária é muito mais alta na região Mesoendémica Instável, comparado com o resto do país. Os agregados no quintil de riqueza mais elevado foram mais prováveis de informar se as suas residências haviam sido pulverizadas do que os agregados no quintil mais baixo.

4.2 POSSE DE REDES MOSQUITEIRAS

Todos os agregados abrangidos durante o IIMA 2006-07 foram indagados sobre a posse de redes mosquiteiras próprias e quantas redes mosquiteiras possuíam. Os inquiridos foram solicitados a mostrar as redes mosquiteiras ao inquiridor por formas a identificar e registar a marca. A marca e o histórico do tratamento foram utilizados para a classificação das mesmas, isto é, tratadas ou não. A tabela 4.2 mostra a percentagem dos agregados com pelo menos uma rede mosquiteira, com uma rede mosquiteira tratada pelo menos uma vez, e com uma rede mosquiteira com tratamento de insecticida (REMTI), por antecedentes.

Tabela 4.2 Posse de redes mosquiteiras

Percentagem de agregados com pelo menos uma ou mais redes mosquiteiras (tratadas ou não tratadas), redes mosquiteiras alguma vez tratadas¹ e redes mosquiteiras tratadas com insecticida (REMTI)², e o número médio de redes mosquiteiras por agregado, por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Qualquer tipo de rede mosquiteira			Redes mosquiteiras alguma vez tratadas ¹			Redes mosquiteiras tratadas com insecticida ² (REMTIs)			Número de agregados
	Percentagem com pelo menos uma	Percentagem com mais de uma	Número médio por agregado	Percentagem com pelo menos uma	Percentagem com mais de uma	Número médio por agregado	Percentagem com pelo menos uma	Percentagem com mais de uma	Número médio por agregado	
Residência										
Urbana	34,0	15,6	0,6	29,8	13,1	0,5	29,1	12,5	0,5	1.301
Rural	31,3	11,6	0,5	26,5	9,8	0,4	25,9	9,3	0,4	1.298
Região										
Hiperendémica	53,8	23,3	0,8	51,3	21,5	0,8	51,0	21,4	0,8	498
Mesoendémica Estável	25,0	9,5	0,4	21,0	7,9	0,3	20,4	7,3	0,3	928
Mesoendémica Instável	34,0	15,4	0,5	23,7	10,8	0,4	22,6	10,1	0,4	360
Luanda	27,8	11,5	0,4	24,1	9,7	0,4	23,4	9,0	0,4	813
Quintil de riqueza										
Mais baixo	29,4	9,1	0,4	25,6	8,1	0,4	25,5	8,1	0,4	650
Segundo	25,8	8,2	0,4	22,4	7,4	0,3	22,1	7,2	0,3	566
Médio	39,6	18,7	0,6	33,5	14,7	0,5	32,6	13,7	0,5	489
Quarto	33,5	14,1	0,5	29,8	12,4	0,5	28,6	12,4	0,5	451
Mais elevado	37,6	20,9	0,7	31,6	17,0	0,6	30,6	15,3	0,5	443
Total	32,6	13,6	0,5	28,1	11,5	0,4	27,5	10,9	0,4	2.599

¹ Uma rede mosquiteira alguma vez tratada trata-se de uma rede pré-tratada ou não, que posteriormente tenha sido impregnada com insecticida num determinado momento.

² Uma rede mosquiteira tratada com insecticida (REMTI) é (1) uma rede tratada a partir da fábrica que não necessita de tratamento adicional, ou (2) uma rede pré-tratada adquirida durante os últimos 12 meses ou (3) uma rede que tenha sido impregnada com insecticida durante os últimos 12 meses.

Os dados do inquérito mostram que 33 por cento dos agregados em Angola possui pelo menos uma rede mosquiteira, tratada ou não tratada. Quatorze por cento dos agregados possui mais de uma rede mosquiteira. Vinte e oito por cento de todos os agregados – a vasta maioria dos agregados que possuem qualquer tipo de rede – possuíam uma rede que havia sido tratada com uma insecticida, e 12 por cento dos agregados possuía mais de uma rede mosquiteira tratada alguma vez. Finalmente, 28 por cento dos agregados possui pelo menos uma REMTI, enquanto que 11 por cento possui mais do que uma REMTI.

A percentagem de agregados que possui pelo menos uma rede mosquiteira (tratada ou não tratada), não varia muito por residência urbana ou rural. Na região Hiperendémica da malária, mais de metade dos agregados possuía pelo menos uma rede mosquiteira, sendo quase todas REMTIs. Nas regiões Mesoendémicas da malária, quer Instáveis (34 por cento), quer Estáveis (25 por cento), poucos agregados possuem pelo menos uma rede mosquiteira. Considerando a relação com a riqueza, de uma forma geral, os agregados no quintil de riqueza mais elevado têm ligeiramente mais probabilidade de possuírem redes mosquiteiras (independentemente do tipo), do que os agregados no quintil mais baixo.

Para cada rede mosquiteira declarada como ter sido adquirida em menos de seis meses antes do inquérito, o inquirido foi interrogado se a rede mosquiteira foi obtida durante a campanha *Viva a Vida com Saúde* ou não. A campanha *Viva a Vida com Saúde*, realizada em Julho de 2006, foi uma campanha nacional de saúde pública lançada pelo Governo Angolano visando o combate à malária, sarampo e pólio. Durante a campanha, mais de 800.000 redes mosquiteiras foram distribuídas nas províncias com alto risco de infecção por malária. A tabela 4.3 mostra a percentagem dos agregados que possuem pelo menos uma rede mosquiteira, que revelaram tê-la obtido durante a campanha *Viva a Vida com Saúde*, por antecedentes.

Os dados mostram que 17 por cento dos agregados com pelo menos uma rede mosquiteira adquiriram-na durante a campanha *Viva a Vida com Saúde*. O inquérito mostra que os agregados nas zonas rurais tinham duas vezes mais probabilidade de ter adquirido as suas redes mosquiteiras durante a campanha do que os nas zonas urbanas (23 por cento e 12 por cento respectivamente). Os agregados nas regiões da malária Mesoendémica Instável (29 por cento) e Hiperendémica (26 por cento), eram mais susceptíveis de adquirir as redes mosquiteiras durante a campanha *Viva a Vida com Saúde* do que os agregados nas outras regiões. De uma forma geral, os agregados mais pobres eram mais susceptíveis de terem adquirido as suas redes mosquiteiras durante a campanha do que os agregados mais ricos.

Tabela 4.3 Posse de redes mosquiteira obtidas durante a campanha "Viva a Vida com Saúde"

Dentre os agregados familiares que possuem pelo menos uma rede mosquiteira, a percentagem que obteve uma rede mosquiteira durante a campanha "Viva a Vida com Saúde", por variáveis antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Agregados que obtiveram uma rede mosquiteira durante a campanha "Viva a Vida com Saúde"	Número de agregados que possuem pelo menos uma rede mosquiteira
Residência		
Urbana	11,7	442
Rural	23,2	406
Região		
Hiperendémica	26,1	268
Mesoendémica Estável	9,8	232
Mesoendémica Instável	28,9	122
Luanda	7,8	226
Quintil de Riqueza		
Mais baixo	25,7	191
Segundo	26,7	146
Médio	8,9	194
Quarto	17,0	151
Mais elevado	8,8	167
Total	17,2	848

4.3 USO DE REDES MOSQUITEIRAS

O IIMA 2006-07 questionou sobre o uso de redes mosquiteiras pelos membros do agregado durante a noite antes do inquérito. Estes dados são usados nas tabelas 4.4 e 4.5 para avaliar o uso de redes mosquiteiras entre os dois grupos mais vulneráveis aos efeitos da malária – crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas.

4.3.1 Crianças Menores de Cinco Anos

O uso da rede mosquiteira por crianças menores é particularmente importante, sobretudo devido à vulnerabilidade das mesmas à malária. Durante quase 6 meses depois do nascimento, os anticorpos adquiridos da mãe durante a gravidez protegem as crianças nascidas nas zonas endémicas da malária. Esta imunidade perde-se gradualmente, e as crianças começam a desenvolver a sua própria imunidade contra a malária. A velocidade com que esta imunidade é desenvolvida depende da sua exposição a riscos de infecção por malária e em zonas altamente endémicas de malária, presume-se

que até ao seu quinto aniversário, as crianças atinjam um nível alto nível de imunidade. Entretanto, as crianças menores podem sofrer várias reincidências de infecção por malária, algumas das quais são potencialmente fatais (como por exemplo a malária cerebral) que contribuem para altas taxas de mortalidade infantil em alguns países. O processo de aquisição da imunidade é mais lento nas zonas de baixa taxa de transmissão da malária.

A tabela 4.4 analisa até que ponto as crianças menores de 5 anos dormiram debaixo de quaisquer tipos de redes mosquiteiras durante a noite precedente ao inquérito. Ao todo, 21 por cento de crianças dormiu debaixo de algum tipo de rede mosquiteira, e 18 por cento debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada, ou tratada com insecticida (REMTI). A probabilidade de dormir debaixo de uma rede mosquiteira diminuiu com a idade da criança. A proporção das crianças que dormem debaixo de redes mosquiteiras era ligeiramente superior nas zonas rurais do que nas zonas urbanas (22 por cento e 19 por cento, respectivamente, no caso de qualquer rede, e 19 por cento e 17 por cento respectivamente no caso de REMTIs). A região Hiperendémica da malária teve uma taxa dobre de uso de qualquer tipo de rede mosquiteira por crianças que em outras regiões: mais de um terço de crianças menores dormia debaixo de qualquer tipo de rede mosquiteira (37 por cento) ou debaixo de REMTIs (34 por cento).

Tabela 4.4 Uso de redes mosquiteiras por crianças				
Percentagem de crianças menores de 5 anos que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira (tratada ou não), uma rede mosquiteira alguma vez tratada ¹ , e uma rede mosquiteira tratada com insecticida (REMTI) ² , a noite anterior à realização do inquérito, por antecedentes, Angola IIM 2006-07				
Antecedentes	Percentagem que dormiu debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	Percentagem que dormiu debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior ¹	Percentagem que dormiu debaixo de uma REMTI na noite anterior ²	Número de crianças
Idade (em meses)				
<12	25,5	22,9	22,6	562
12-23	23,5	20,6	19,8	576
24-35	20,3	19,0	19,0	505
36-47	16,4	13,7	12,9	569
48-59	17,4	15,0	14,3	526
Sexo				
Masculino	20,5	18,3	18,0	1.372
Feminino	20,8	18,2	17,5	1.368
Residência				
Urbana	19,2	16,9	16,7	1.287
Rural	22,0	19,5	18,7	1.452
Região				
Hiperendémica	36,5	33,8	33,8	577
Mesoendémica Estável	17,8	16,4	15,6	950
Mesoendémica Instável	14,6	10,3	9,4	456
Luanda	16,0	13,5	13,2	756
Quintil de Riqueza				
Mais baixo	19,9	17,2	17,2	641
Segundo	17,9	16,8	16,3	646
Médio	25,3	22,9	22,0	631
Quarto	19,5	17,7	17,1	485
Mais elevado	20,6	15,0	14,3	337
Total	20,7	18,2	17,7	2.739

¹ Uma rede mosquiteira alguma vez tratada trata-se de uma rede pré-tratada ou não, que posteriormente tenha sido impregnada com insecticida num determinado momento.

² Uma rede mosquiteira tratada com insecticida (REMTIs) é (1) uma rede tratada a partir da fábrica que não necessita de tratamento adicional, ou (2) uma rede pré-tratada adquirida durante os últimos 12 meses ou (3) uma rede que tenha sido impregnada com insecticida durante os últimos 12 meses.

4.3.2 Mulheres Grávidas

Nas zonas endémicas da malária, os adultos normalmente já têm adquirido algum grau de imunidade à malária severa, potencialmente fatal. Entretanto, a gravidez leva a uma queda do sistema imunitário de modo que as mulheres grávidas, sobretudo as primíparas correm um nível de risco mais alto de contraírem a malária. Ademais, a malária nas mulheres grávidas pode ser assintomática. Durante a gravidez, a malária é um grande factor que contribui para nascimentos com baixo peso, anemia materna, mortalidade infantil, aborto espontâneo e casos de nado-mortos. As mulheres grávidas podem reduzir os riscos de sofrerem os efeitos adversos da malária dormindo debaixo de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas.

A tabela 4.5 mostra a percentagem de mulheres com idades entre 15-49 anos inquiridas no IIMA e a percentagem de mulheres actualmente grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira (tratada ou não tratada), uma rede mosquiteira alguma vez tratada e uma REMTI na noite antes do inquérito. Ao todo, 17 por cento de mulheres dormiu debaixo de algum tipo de rede mosquiteira, 15 por cento dormiu debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada e 14 por cento dormiu debaixo de uma REMTI.

O uso de redes mosquiteiras por mulheres grávidas é bastante mais alto do que no seio de todas as mulheres. Nas mulheres grávidas de 15-49 anos de idade, 25 por cento dormiu debaixo de uma rede mosquiteira durante a noite antes do inquérito, comparado com 17 por cento de todas as mulheres. Além disso, 23 por cento de mulheres grávidas dormiu debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada e 22 por cento dormiu debaixo duma rede mosquiteira tratada com insecticida na noite antes do inquérito.

Tabela 4.5 Uso de redes mosquiteiras por mulheres grávidas

Percentagem de mulheres entre 15-49 anos de idade e mulheres grávidas entre 15-49 anos de idade que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira (tratada ou não), uma rede mosquiteira alguma vez tratada, e uma rede mosquiteira tratada com insecticida (REMTI) durante a noite anterior ao inquérito por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Percentagem de mulheres entre 15-49 anos de idade que				Percentagem de mulheres grávidas entre 15-49 anos de idade que			
	Dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	Dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	Dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	Número de mulheres	Dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	Dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	Dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	Número de mulheres
Residência								
Urbana	14,2	12,1	11,9	2.006	17,9	16,7	14,8	101
Rural	20,5	18,1	17,4	1.316	28,7	26,4	26,4	168
Região								
Hyperendémica	35,5	32,9	32,9	528	41,8	38,8	38,8	62
Mesoendémica Estável	14,8	13,4	12,7	1.008	24,1	23,5	23,5	101
Mesoendémica Instável	15,3	9,7	9,2	421	16,5	11,7	11,7	52
Luanda	11,3	9,6	9,3	1.365	13,6	13,6	9,9	54
Formação								
Sem formação	16,6	15,8	15,7	772	23,5	22,4	22,4	96
Primária	16,8	14,1	13,6	2.014	26,7	24,2	22,9	156
Secundária ou superior	15,9	13,2	13,1	523	*	*	*	18
Quintil de Riqueza								
Mais baixo	21,1	18,8	18,8	573	26,5	23,0	23,0	75
Segundo	16,3	15,3	14,9	614	24,3	24,3	24,3	75
Médio	20,0	17,5	16,7	620	27,4	26,9	26,9	53
Quarto	15,2	13,6	12,9	693	(19,3)	(19,3)	(14,4)	40
Mais elevado	12,7	9,2	9,1	821	*	*	*	26
Total	16,7	14,5	14,1	3.322	24,6	22,8	22,0	269

Obs.: As cifras entre parênteses estão baseadas em 25-49 casos não ponderados. O asterisco indica que o número está baseado em menos de 25 casos ponderados e tenha sido suprimido.

¹ Uma rede mosquiteira alguma vez tratada trata-se de uma rede pré-tratada ou não, que posteriormente tenha sido impregnada com insecticida num determinado momento.

² Uma rede mosquiteira tratada com insecticida (REMTI) é (1) uma rede tratada a partir da fábrica que não necessita de tratamento adicional, ou (2) uma rede pré-tratada adquirida durante os últimos 12 meses ou (3) uma rede que tenha sido impregnada com insecticida durante os últimos 12 meses.

As mulheres grávidas nas zonas rurais eram quase duas vezes mais susceptíveis de dormir debaixo de uma rede mosquiteira, sem ter-se em conta o tipo, ao passo que as mulheres grávidas em zonas urbanas (29 por cento comparado com 18 por cento no caso de qualquer tipo de rede mosquiteira, e 26 por cento comparado com 15 por cento no caso de rede mosquiteira tratada com insecticida). As mulheres grávidas na região Hiperendémica de malária eram mais susceptíveis de dormir debaixo de um tipo de rede mosquiteira (42 por cento) e debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida (39 por cento) do que as mulheres em outras regiões. As mulheres mais pobres parecem mais susceptíveis de usarem redes mosquiteiras do que as mulheres mais ricas, embora os baixos números prejudicam a análise entre as mulheres grávidas. Não há um padrão distinto de uso de redes mosquiteiras de acordo com o nível académico da mulher.

4.4 USO DE MEDICAMENTOS ANTI MALÁRICOS DURANTE A GRAVIDEZ

Como medida de protecção, recomenda-se que as mulheres grávidas sejam ministradas o tratamento intermitente preventivo (TIP) com SP/Fansidar durante o cuidado pré-natal. Para obter informações sobre o uso de antimaláricos durante a gravidez, as mulheres que tinham os seus partos durante os cinco anos antes do inquérito foram questionadas no IIMA se haviam tomado algum medicamento durante a gravidez para evitar que elas contraíssem a malária, caso tomaram, que medicamentos haviam tomado. Também foram inquiridas se os medicamentos recebidos faziam parte das consultas do cuidado pré-natal. As mulheres que receberam medicamentos específicos numa consulta pré-natal eram consideradas como tendo recebido TIP. É de notar que obter informações sobre medicamentos pode ser difícil e alguns inquiridos poderão não ter sabido ou se lembrado do nome ou até mesmo do tipo de medicamento recebido.

A tabela 4.6 mostra a percentagem de mulheres que tomaram algum tipo de medicamentos antimaláricos 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, por antecedentes. No total, 60 por cento de mulheres que tiveram o seu nascimento nos dois anos antes do inquérito tomaram medicamentos antimaláricos durante a gravidez. No entanto, apenas uma pequena percentagem de mulheres grávidas – 5 por cento – tomou pelo menos uma dose de SP/Fansidar durante a gravidez. Três por cento declararam ter tomado duas ou mais doses de SP/Fansidar. Quase todas as mulheres que tomaram SP/Fansidar receberam o medicamento numa consulta pré-natal, e desse modo são consideradas como tendo recebido TIP (tratamento intermitente preventivo).

De uma forma geral, o uso profiláctico de medicamentos antimaláricos pelas mulheres urbanas é quase duas vezes mais alto do que o uso pelas mulheres rurais (77 por cento e 46 por cento respectivamente). O uso de medicamentos antimaláricos pelas mulheres grávidas foi mais alto em Luanda (com 73 por cento) e na região Mesoendémica Estável de malária (65 por cento) e mais baixo na região Hiperendémica de malária (42 por cento). Quanto mais alto for o nível académico da mulher maior a susceptibilidade de ter tomado medicamentos antimaláricos durante a gravidez. As mulheres que vivem no quintil de riqueza mais elevado eram quase três vezes mais susceptíveis de terem tomado medicamentos antimaláricos durante a gravidez do que as mulheres do quintil mais baixo (79 por cento e 29 por cento, respectivamente).

O uso de SP/Fansidar e o TIP foram reportados mais frequentemente por mulheres urbanas do que por mulheres rurais. As mulheres grávidas em Luanda e na região Hiperendémica de malária tinham as taxas mais altas de uso de SP/Fansidar (7 e 6 por cento, respectivamente) e as taxas mais altas de tratamento intermitente preventivo (TIP) (5 por cento e 6 por cento, respectivamente).

Tabela 4.6 Uso profilático de medicamentos antimaláricos e uso de tratamento intermitente preventivo (TIP¹) por mulheres durante a gravidez

Percentagens de mulheres que tomaram medicamentos antimaláricos para a prevenção da malária, que tomaram SP/Fansidar, e a percentagem que recebeu um Tratamento Intermitente Preventivo (TIP)¹ durante a gravidez para o nascimento do seu último nado-vivo durante os últimos dois anos anteriores ao inquérito, por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Percentagem que tomou um medicamento antimalárico	SP/Fansidar		Tratamento Intermitente Preventivo ¹		Número de mulheres
		Percentagem que tomou qualquer SP/Fansidar	Percentagem que tomou 2+ doses	Percentagem que recebeu qualquer SP/Fansidar durante uma visita de CPN	Percentagem que recebeu 2+ doses durante uma visita de CPN	
Residência						
Urbana	77,5	7,0	4,6	5,6	3,9	438
Rural	45,7	3,2	1,6	3,0	1,4	543
Região						
Hiperendémica	41,9	6,5	5,8	6,1	5,3	203
Mesoendémica Estável	65,5	3,0	2,2	2,7	1,9	374
Mesoendémica Instável	48,6	4,0	1,2	3,7	1,1	162
Luanda	73,9	7,1	2,9	5,2	2,2	242
Formação						
Sem formação	38,1	2,1	1,2	2,0	1,2	320
Primária	68,8	6,6	4,0	5,5	3,3	593
Secundária ou superior	(89,2)	(3,4)	(2,1)	(3,4)	(2,1)	62
Quintil de Riqueza						
Mais baixo	28,2	0,8	0,0	0,8	0,0	246
Segundo	55,8	5,2	4,2	4,3	3,4	247
Médio	76,2	5,2	3,2	5,2	3,2	221
Quarto	79,0	9,4	3,5	6,8	2,5	170
Mais elevado	79,9	5,9	5,7	5,7	5,5	97
Total	59,9	4,9	2,9	4,2	2,5	981

Obs.: As cifras entre parênteses estão baseadas em 25-49 casos não ponderados.

¹ O TIP é um tratamento intermitente preventivo com SP/Fansidar prescrito a toda mulher grávida (sintomática ou não) durante as visitas dos cuidados pré-natal (CPN). O TIP deve ser ministrado como uma dose única depois de o feto começar a mexer, ou depois de 16 semanas de gestação, seguido de pelo menos uma dose no mês seguinte ou durante o trimestre seguinte.

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

A febre é o principal sintoma da malária em crianças menores, embora possa ocorrer na incidência de muitas outras patologias. No IIMA 2006-07, as mães foram indagadas se cada criança menor de cinco anos havia tido febres nas duas semanas antes do inquérito e se tivesse sido o caso que medidas foram tomadas para tratar a febre. A tabela 4.7 mostra a percentagem de crianças menores de cinco anos que haviam tido febres nas duas semanas anteriores ao inquérito, a percentagem no seio que haviam tomado medicamentos antimaláricos e a percentagem de crianças menores de cinco anos que receberam tratamento pontual após o início da doença, por antecedentes seleccionados. Tratamento pontual é definido como medicamentos ministrados no mesmo dia ou no dia posterior ao da ocorrência da febre. A tabela 4.8 mostra o tipo de medicamentos antimaláricos em geral ministrados às crianças com febres duas semanas antes do inquérito e a proporção que receberam tratamento pontual.

A tabela 4.9 mostra a disponibilidade em casa de medicamentos antimaláricos tomados por crianças com febre.

Tabela 4.7 Prevalência e tratamento pontual da febre

A percentagem de crianças menores de cinco anos de idade com a ocorrência de febres durante as duas semanas anteriores ao inquérito, e entre crianças com febres, a percentagem que tomou medicamentos antimaláricos e a percentagem que tomou os medicamentos no mesmo dia ou no dia posterior ao da ocorrência da febre, por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Entre crianças menores de cinco anos de idade:		Entre crianças menores de cinco anos de idade com febres:		
	Percentagem com febres durante as duas semanas anteriores ao inquérito	Número de crianças	Percentagem que tomou medicamentos antimaláricos	Percentagem que tomou medicamentos antimaláricos no mesmo dia ou no dia seguinte	Número de crianças
Idade (em meses)					
<12	29,4	504	32,3	18,2	148
12-23	31,5	497	24,1	16,2	157
24-35	25,7	402	33,1	22,0	103
36-47	13,8	451	24,2	11,8	62
48-59	16,5	364	33,8	23,6	60
Residência					
Urbana	22,5	1.026	38,0	26,9	231
Rural	25,1	1.192	22,5	11,5	299
Região					
Hiperendémica	20,3	469	24,7	17,4	95
Mesoendémica Estável	26,1	786	21,0	11,7	205
Mesoendémica Instável	24,1	369	27,3	13,0	89
Luanda	23,7	594	45,6	31,6	141
Formação da mãe					
Sem formação	22,1	720	20,5	11,0	159
Primária	24,4	1.327	30,5	19,0	324
Secundária ou superior	25,9	160	(47,3)	(37,3)	41
Quintil de Riqueza					
Mais baixo	25,8	528	16,9	6,6	136
Segundo	23,5	533	27,5	16,9	125
Médio	21,6	508	27,7	17,1	110
Quarto	25,3	385	39,5	24,9	97
Mais elevado	23,6	264	46,4	37,6	62
Total	23,9	2.218	29,3	18,2	530

Obs.: As cifras entre parênteses estão baseadas em 25-49 casos não ponderados.

Vinte e quatro por cento de crianças menores de cinco anos de idade tiveram febres nas duas semanas antes do inquérito. Este resultado foi semelhante ao do inquérito do MICS (Inquérito de Indicadores Múltiplos de UNICEF) de 2001, que constatou que 25 por cento de crianças haviam tido febres duas semanas antes. É de notar que o trabalho de campo do MICS 2001 foi levado a cabo entre os meses de Abril e Outubro, enquanto que o IIMA foi levado a cabo entre os meses de Novembro e Abril. A prevalência da febre é maior em crianças menores de três anos de idade do que em crianças de maior idade. A prevalência de febres recentes não varia consideravelmente de acordo com outros antecedentes.

Entre as crianças de idade de 0 a 59 meses que estiveram doentes com febres, 29 por cento tomaram medicamentos antimaláricos, e 18 por cento das crianças doentes receberam os medicamentos no mesmo dia ou no dia posterior ao início das febres (tratamento pontual). As crianças com febres nas zonas urbanas tinham duas vezes mais probabilidade de receber tratamento pontual com medicamentos antimaláricos do que as nas zonas rurais (27 por cento e 12 por cento, respectivamente). Quase um terço de crianças com febres em Luanda recebeu tratamento pontual com medicamentos antimaláricos comparado com 12 a 17 por cento noutras regiões. Em termos globais, o tratamento pontual de febres com medicamentos antimaláricos aumenta de acordo com a nível académico da mãe e de acordo com o nível de riqueza do agregado.

A tabela 4.8 mostra que, a grande maioria das crianças que receberam medicamentos antimaláricos para o tratamento da febre, recebeu ou cloroquina ou amodiaquina (14 por cento e 11 por cento de todas as crianças com febres, respectivamente). Das crianças que tiveram febres, oito por cento recebeu cloroquina no mesmo dia ou no dia seguinte e seis por cento recebeu amodiaquina no mesmo dia ou no dia seguinte. Seis por cento de crianças que receberam tratamento de medicamentos antimaláricos para febres tinham os medicamentos disponíveis em casa quando adoeceram (tabela 4.9)

Tabela 4.8 Tipo e período dos medicamentos antimaláricos

Dentre as crianças menores de cinco anos com febres durante as duas semanas anteriores ao inquérito, a percentagem que tomou medicamentos antimaláricos específicos e a percentagem que tomou cada tipo de medicamento no mesmo dia ou no dia seguinte depois da ocorrência das febres, por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Percentagem de crianças que tomou medicamentos:						Percentagem de crianças que tomou medicamentos no mesmo dia ou no dia seguinte:						Número de crianças com febres
	SP/ Fansidar	Cloro- quina	Amodia- quina	Quinina	ACT ¹	Outro medica- mento anti- malárico	SP/ Fansidar	Cloro- quina	Amodia- quina	Quinina	ACT ¹	Outro medica- mento anti- malárico	
Idade (em meses)													
<12	0,0	17,7	10,6	2,6	1,4	0,0	0,0	10,7	4,8	1,2	1,4	0,0	148
12-23	0,1	10,9	7,3	4,7	0,7	1,2	0,0	7,8	3,7	3,6	0,7	1,2	157
24-35	0,0	15,0	17,7	0,9	0,6	1,2	0,0	8,5	13,9	0,7	0,0	1,2	103
36-47	0,9	15,7	4,9	1,4	1,3	1,6	0,9	5,5	2,8	1,4	1,3	1,6	62
48-59	1,5	9,5	13,2	3,5	6,1	0,0	1,5	6,7	6,9	2,6	6,1	0,0	60
Residência													
Urbana	0,4	16,0	14,5	3,9	2,3	1,7	0,4	12,5	8,3	2,8	2,0	1,7	231
Rural	0,2	12,4	7,7	2,0	1,0	0,0	0,2	5,1	4,7	1,4	1,0	0,0	299
Região													
Hiperendémica	0,8	11,4	7,2	3,2	3,6	0,0	0,6	8,6	2,9	3,2	3,6	0,0	95
Mesoendémica Estável	0,0	10,7	7,7	3,2	0,0	0,0	0,0	4,5	6,3	1,4	0,0	0,0	205
Mesoendémica Instável	0,0	14,1	10,1	0,2	2,5	0,3	0,0	6,5	3,6	0,0	2,5	0,3	89
Luanda	0,6	20,6	17,6	3,7	1,9	2,7	0,6	14,8	10,1	3,3	1,4	2,7	141
Formação da mãe													
Sem formação	0,4	12,2	6,1	1,4	0,4	1,2	0,4	4,4	5,4	0,9	0,0	1,2	159
Primária	0,0	14,5	10,9	4,0	1,8	0,1	0,0	10,1	5,0	2,8	1,8	0,1	324
Secundária ou superior	(2,1)	(18,5)	(18,0)	(0,0)	(4,2)	(4,4)	(2,1)	(11,0)	(15,6)	(0,0)	(4,2)	(4,4)	41
Quintil de Riqueza													
Mais baixo	0,5	12,4	4,0	0,0	0,0	0,0	0,4	3,9	2,3	0,0	0,0	0,0	136
Segundo	0,0	12,7	9,1	4,2	1,4	0,2	0,0	6,7	5,9	2,7	1,4	0,2	125
Médio	0,0	14,0	9,7	3,7	2,8	0,0	0,0	8,1	5,0	3,7	2,8	0,0	110
Quarto	0,0	12,0	19,3	5,9	2,3	2,0	0,0	12,0	7,9	3,3	1,7	2,0	97
Mais elevado	1,4	23,5	16,5	0,0	2,0	2,9	1,4	15,9	15,3	0,0	2,0	2,9	62
Total	0,3	14,0	10,7	2,8	1,6	0,8	0,3	8,3	6,3	2,0	1,5	0,8	530

Obs.: As cifras entre parênteses estão baseadas em 25-49 casos não ponderados.

¹ Terapias de combinação à base de Artemisinina (ex. Coartem™)

Tabela 4.9 Disponibilidade em casa de medicamentos antimaláricos tomados por crianças com febres

Entre crianças menores de cinco anos de idade que tiveram febres nas duas semanas anteriores ao inquérito e que tomaram medicamentos antimaláricos específicos, a percentagem dos agregados que tiveram os medicamentos disponíveis em casa aquando da manifestação das febres, Angola IIM 2006-07

Medicamento	Percentagem dos agregados que tinham os medicamentos disponíveis aquando da manifestação das febres na criança	Número de crianças que tomaram o medicamento anti-malárico específico
Cloroquina	7,7	74
Amodiaquina	6,1	57
Outro antimalárico ¹	(0,0)	25
Quaisquer medicamentos antimaláricos	5,9	155

Obs.: As cifras entre parênteses estão baseadas em 25-49 casos não ponderados.
¹ SP/Fansidar, Quinina e Terapias de combinação à base de Artemisinina

4.6 PREVALÊNCIA DA MALÁRIA E ANEMIA

Como parte do IIMA, todas as crianças maiores de seis meses de idade mas menores de cinco anos que eram elegíveis para participar do inquérito foram testadas por anemia e malária. Além disso, todas as mulheres entre 15 e 49 anos foram testadas por anemia e as mulheres grávidas foram testadas por malária.

O IIMA mensurou os níveis de hemoglobina mediante um fotómetro portátil para identificar a anemia em crianças e mulheres e utilizou os testes de diagnóstico rápido para malária (TDRs) para identificar aqueles que estavam infectados com a malária. O uso fácil e os custos relativamente baixos dos TDRs torna-os adequados para utilização em inquéritos baseados na população. Estes testes são baseados na detecção de antígenos parasitas no sangue. Existem vários tipos de TDRs baseados na detecção de vários tipos de antígenos, porém o princípio aplicado em todos os sistemas de detecção é semelhante.

O teste de diagnóstico rápido utilizado no IIMA é o dispositivo Paracheck Pf™ (Orchid Biomedical, Índia) que consiste na detecção de proteína 2 rica em histidina e específica ao *P. falciparum* (HRP2 Pf). O teste tem uma sensibilidade e especificidade relativamente alta e é considerado adequado para avaliação clínica e epidemiológica da malária, especialmente da malária placentar (Guthmann et al., 2002; Singh et al., 2005).

Os resultados dos testes da anemia (indicando se o indivíduo não tem anemia, tem anemia fraca, anemia moderada, ou severa) e dos testes da malária (indicando se o indivíduo tem ou não malária detectável) foram entregues aos inquiridos no campo. Os inquiridos com a anemia severa (< 7 g/dL) foram encaminhados para tratamento médico. Os inquiridos com resultados de malária aparentemente positivos foram ministrados uma dose completa gratuita de Coartem® (arthemeter 20 mg + Lumefantrine 120 mg). Os pacientes 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 desejasse. As mulheres grávidas foram tratadas com quinino.

4.6.1 Crianças Menores de Cinco Anos

De todas as crianças entre 6 a 59 meses de vida, constatou-se que 21 por cento testou positivo pela malária através do uso dos testes de diagnóstico rápido (tabela 4.10). A prevalência da malária aumenta com a idade da criança. Por exemplo, crianças menores de um ano são quase 50 por cento menos susceptíveis de testarem positivamente pela malária do que as crianças entre 36-59 meses.

A prevalência da malária é mais de quatro vezes mais alta nas zonas rurais (33 por cento) do que nas zonas urbanas (8 por cento). Como era de se esperar, a prevalência da malária em crianças é mais alta na região hiperendêmica de malária (31 por cento) e mais baixa em Luanda (6 por cento).

Os níveis da malária em crianças são também mais altos nos agregados mais pobres. As crianças que vivem no quintil de riqueza mais baixo são seis vezes mais susceptíveis de testarem positivamente pela malária do que as crianças que vivem no quintil de riqueza mais elevado (43 por cento comparado com 7 por cento).

Ao todo, constatou-se que quatro por cento de crianças sofriam de anemia grave. Contrariamente à prevalência de malária, a prevalência de uma forma mais grave da anemia tende a diminuir com a idade da criança. Crianças entre 48-59 meses de vida têm quase um terço de probabilidade de sofrerem de anemia grave do que as crianças entre 6 a 23 meses de vida. A prevalência de anemia grave é duas vezes mais alta nas zonas rurais (5 por cento) do que nas zonas urbanas (3 por cento), é mais alta nas regiões Mesoendémicas Estáveis e Mesoendémica Instáveis (4 por cento e 5 por cento, respectivamente) e, é mais alta também nos agregados de quintil de riqueza mais baixos.

Tabela 4.10 Malária e anemia em crianças

Entre crianças de 6-59 meses de idade, percentagem de casos positivos por malária utilizando os testes de diagnósticos rápidos (TDRs), e percentagem com anemia <8 gramas/decilitro, por antecedentes, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Percentagem de casos positivos por malária	Número de crianças	Percentagem de crianças com anemia <8 gm/dL	Número de crianças
Idade (em meses)				
6-11	13,7	262	5,6	269
12-23	14,9	544	5,5	552
24-35	22,7	476	3,5	481
36-47	24,8	542	2,4	549
48-59	26,4	478	2,0	496
Residência				
Urbana	7,8	1.072	2,5	1.099
Rural	32,7	1.230	4,6	1.248
Região				
Hiperendémica	30,6	480	2,6	487
Mesoendémica Estável	26,4	843	4,1	861
Mesoendémica Instável	21,1	373	4,9	375
Luanda	6,2	605	3,1	624
Quintil de riqueza				
Mais baixo	42,9	532	4,7	537
Segundo	26,1	549	4,4	561
Médio	12,3	545	2,9	550
Quarto	6,7	396	3,4	409
Mais elevado	7,3	280	1,9	289
Total	21,1	2.302	3,6	2.347

4.6.2 Mulheres Entre 15 a 49 Anos

Das mulheres entre 15 a 49 anos de idade, constatou-se que aproximadamente um por cento sofria de anemia grave (tabela 4.11). A prevalência de anemia grave entre mulheres é maior em zonas urbanas que rurais. Não existe um padrão consistente observado relativo à anemia grave entre as mulheres em regiões endémicas afora de Luanda. Não foi encontrado nenhum exemplo consistente relacionado a anemia grave e a riqueza dos agregados.

Das mulheres grávidas constatou-se que 14 por cento tinham malária. A prevalência da malária é quase três vezes mais alta nas zonas rurais (19 por cento) do que nas zonas urbanas (7 por cento). Como é o caso entre crianças, a prevalência entre mulheres grávidas é mais alta na região hiperendêmica de malária (18 por cento) e mais baixa em Luanda (7 por cento).

Os níveis da malária em mulheres grávidas são também mais altos entre os agregados mais pobres (25 por cento) do que nos agregados mais ricos.

Tabela 4.11 Malária e anemia em mulheres

Entre mulheres com idades compreendidas entre 15-49 years anos, a percentagem com anemia <8 gramas/decilitro, e entre mulheres grávidas entre 15-49 anos de idade, percentagem positiva em testes da malária utilizando os Testes Diagnósticos Rápidos (TDRs), e percentagem com anemia <8 gramas/decilitro, por antecedente, Angola IIM 2006-07

Antecedentes	Todas as mulheres entre 15-49 anos de idade		Mulheres grávidas entre 15-49 anos de idade		
	Percentagem com anemia <8 g/dL	Número de mulheres	Percentagem com teste positivo da malária	Percentagem com anemia <8 g/dL	Número de mulheres grávidas
Residência					
Urbana	1,6	1.778	6,9	3,5	141
Rural	0,9	1.198	19,1	2,7	204
Região					
Hyperendémica	1,6	495	17,9	0,6	78
Mesoendémica Estável	1,4	941	16,0	3,7	135
Mesoendémica Instável	1,6	318	15,4	4,4	48
Luanda	1,0	1.221	6,9	3,4	84
Quintil de Riqueza					
Mais baixo	1,0	524	24,5	1,7	91
Segundo	0,6	561	13,2	2,2	92
Médio	1,4	549	8,8	2,5	72
Quarto	1,4	625	(8,0)	(6,2)	46
Mais elevado	1,8	717	(10,0)	(4,8)	45
Total	1,3	2.976	14,2	3,0	345

Obs.: As cifras entre parênteses estão baseadas em 25-49 casos não ponderados.

REFERÊNCIAS

Embassy of the Republic of Angola. 2007. About Angola: Geography. Disponível em www.angola.org/geography.html.

Guthmann, J.P., A. Ruiz, G. Priotto, J. Kiguli, L. Bonte, e D. Legros. 2002. Validity, reliability and ease of use in the field of five rapid tests for the diagnosis of *Plasmodium falciparum* malaria in Uganda. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 96: 254-257.

Infoplease. (n.d.) Almanac: Angola. Disponível em www.infoplease.com/ipa/A0107280.html.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (n.d.) Projeção da população por provinciais e grupos quinquenais de idade para o período 1985/2010. *Boletim Demográfico* No. 9. Luanda, Angola: INE.

Instituto Nacional de Estatística (INE) and UNICEF. 2003. *MICS Multiple Indicator Cluster Survey: Assessing the Situation of Angolan Children and Women at the Beginning of the Millennium. Analytical report*. Luanda, Angola: INE and UNICEF. Disponível em www.unicef.org/angola/children.html.

Map Library. (n.d.) Map of Angola. Disponível em www.maplibrary.org.

Mapping Malaria Risk in Africa/Atlas du Risque de la Malaria en Afrique (MARA/ARMA). 2002. Maps of distribution and seasonality of malaria in Angola. Disponível em www.mara.org.za.

Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM). 2005. *Plano Estratégico Nacional para o Controlo da Malária em Angola 2005-2009*. Luanda, Angola.

President's Malaria Initiative (PMI). 2005. *Five Year Strategy and Plan FY06-FY10, ANGOLA*. Washington, DC: United States Agency for International Development (USAID).

Ruebush, T.K., T.R. Burkot, A.M. de Oliveira, J. da Silva, M. Renshaw, M.A., Miralles, and N. Saraiva. 2005. *President's Initiative on Malaria: Needs assessment, Angola*. Washington, DC: United States Agency for International Development (USAID). Disponível em www.pmi.gov/countries/angola_assessment.pdf.

Singh, N., A. Saxena, S.B. Awadhia, R. Shrivastava, and M.P. Singh. 2005. Evaluation of a rapid diagnostic test for assessing the burden of malaria at delivery in India. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 73(5): 855-858.

A.1 INTRODUÇÃO

O Inquérito de Indicadores de Malária em Angola 2006-07 (IIMA 2006-07) foi baseado numa amostra de probabilidade representativa dos agregados familiares. A amostra apresenta dados referentes às mulheres em idade reprodutiva (entre 15-49 anos) e crianças menores de cinco anos, específicos para indicadores relacionados com a malária. O inquérito abrangeu todo o território nacional.

A amostra foi concebida para fornecer estimativas com níveis aceitáveis de precisão sobre os indicadores chave relacionados com a malária, e sobre as populações de mulheres grávidas (15-49 anos) e crianças menores de cinco anos de idade. As principais categorias de amostra abrangidas pelo inquérito são:

1. Angola a nível nacional,
2. Zonas urbanas e zonas rurais, e
3. Três regiões epidemiológicas principais de malária classificadas como se segue:
 - a) Hiperendémica,
 - b) Mesoendémica Estável,
 - c) Mesoendémica Instável, e
 - d) Luanda (extraída da região Mesoendémica Estável), representando a cidade capital.

A.2 MARCO AMOSTRAL

Em termos administrativos, Angola está dividida em 18 províncias, que podem ser agrupadas em 8 sub-regiões (ex., Norte, Este, Centro) conforme os factores que tornam algumas províncias homogéneas entre si. Cada província está subdividida em municípios (161 no total), cada município está subdividido em comunas (635 no total), e cada comuna está classificada como urbana ou rural. Cada comuna urbana está subdividida em áreas administrativas designadas como Sectores Censais (SC). Cada comuna rural tinha uma lista das aldeias, com dados estimativos dos habitantes de cada aldeia. Por conseguinte, estes SCs em cada comuna urbana e a lista das aldeias em cada comuna rural constituem o marco amostral do Inquérito de Indicadores de Malária em Angola 2006-07.

A.3 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 agrupados vários SCs aproveitando-se dos bairros (sub-distritos) existentes para a estratificação da amostra.

A.4 TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra para o IIMA foi determinado com base no tamanho mínimo necessário para a obtenção dos indicadores relacionados com a malária com níveis aceitáveis de precisão. São igualmente calculados os níveis de precisão de cada categoria de domínio. Dado que o número máximo de categorias aceite para Angola foi de quatro (i.e., as três regiões epidemiológicas mais Luanda), a determinação do tamanho da amostra teria que ser multiplicada por quatro.

O indicador chave seleccionado para o inquérito foi a prevalência da malária. Como havia pouca informação sobre os níveis actuais da prevalência, estimou-se que o actual nível de prevalência

em todo o país esteja entre 25 e 30 por cento, tendo-se optado por níveis inferiores para maior confiança.

Assim, para um nível de prevalência estimado em 25 por cento em cada domínio, numa margem relativa de erro de 15 por cento, a amostra necessitaria de 533 crianças menores de cinco anos ou aproximadamente 630 agregados por categoria, ou cerca de 2.500 agregados em todo o país. A probabilidade de se identificarem outros indicadores (ex. crianças menores de cinco anos que dormem debaixo de redes mosquiteiras) em valores percentuais inferiores, e de outros indicadores poderem ser obtidos a partir de uma sub-população menor (i.e., mulheres grávidas), levou a recomendar que o tamanho da amostra fosse de 750 agregados por domínio ou 3.000 agregados a nível nacional. Com este tamanho, alguns indicadores poderão não estar sujeitos a análise a nível de categorias de domínio, mas somente a nível nacional ou urbano-rural.

A.5 REPARTIÇÃO DA AMOSTRA

Para o Inquérito de Indicadores de Malária em Angola (IIMA) 2006-07, um conglomerado foi definido com base em SCs (Sectores Censais) para cada comuna urbana, e aldeias para cada comuna rural. Os 120 conglomerados definidos para o IIMA 2006-07 foram equitativamente repartidos por cada domínio de estudo, i.e. 30 conglomerados por cada domínio. Em cada conglomerado foi necessário uma média de 25 agregados para o processo de selecção e preenchimento para se obter o tamanho completo necessário da amostra. Após a distribuição da população urbana-rural, os agregados seleccionados foram posteriormente repartidos entre os 48 conglomerados na zona urbana e 72 conglomerados na zona rural. A tabela A.1 mostra a distribuição dos conglomerados seleccionados por zona rural e urbana em cada domínio de estudo.

Inquérito de Indicadores de Malária em Angola 2006-07			
Domínios principais	Residência		Total
	Urbana	Rural	
Hiperendémica	5	25	30
Mesoendémica Estável	6	24	30
Mesoendémica Instável	7	23	30
Luanda	30	-	30
Total	48	72	120

Inquérito de Indicadores de Malária em Angola 2006-07			
Província	Residência		Total
	Urbana	Rural	
Bengo	1	2	3
Benguela	3	4	7
Bié	-	5	5
Cabinda	1	1	2
Cunene	1	4	5
Huambo	1	7	8
Huíla	4	8	12
Kuando Kubango	-	5	5
Kwanza Norte	1	3	4
Kwanza Sul	1	4	5
Lunda Sul	-	3	3
Luanda	30	-	30
Lunda Norte	-	4	4
Malange	1	7	8
Moxico	-	4	4
Namibe	2	2	4
Uíge	2	7	9
Zaire	-	2	2
Total	48	72	120

Embora a amostra não tenha sido concebida para fornecer estimativas a nível provincial, todas as províncias contribuíram para o tamanho da amostra global. A tabela A.2 mostra a distribuição dos conglomerados seleccionados por zona urbana e rural em cada província. A única província com representação é Luanda, que é simultaneamente província e domínio.

Na repartição final, a previsão era de que cada uma dos quatro principais domínios fornecesse um mínimo de cerca de 880 inquéritos concluídos, 640 crianças menores de cinco anos e 80 mulheres grávidas. A amostra de 120 conglomerados não está distribuída proporcionalmente entre as regiões principais, considerando a sua população estimada. Por conseguinte, a amostra do IIMA 2006-07 é desequilibrada considerando a área de residência e região, e necessitará de uma ponderação final para fornecer estimativas válidas para todas os domínios do inquérito.

A.6 SELECÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do IIMA 2006-07 foi seleccionada com base num desenho estratificado por conglomerados de três etapas compreendendo 120 conglomerados, 48 dos quais estão em zona urbana

e 72 da zona rural. Em cada zona urbana ou rural de um dado domínio, os conglomerados foram seleccionados sistematicamente com probabilidade proporcional ao tamanho. Os conglomerados foram seleccionados utilizando as seguintes fórmulas em etapas diferentes:

Na primeira etapa de recolha de amostras, as comunas foram estratificadas por zonas urbanas e rurais, e províncias em cada domínio principal. A selecção das comunas foi efectuada com base numa probabilidade proporcional à população estimada conforme as seguintes fórmulas:

$$P_{1i} = (30 \times m_i / \Sigma m_i)$$

onde

30 : número de conglomerados a serem seleccionados num determinado domínio,

m_i : população estimada da i -ésima comuna no domínio,

Σm_i : população total estimada do domínio.

Em cada comuna seleccionada, a segunda etapa de recolha considerou a selecção de conglomerados (sectores censais em comunas urbanas e aldeias em comunas rurais) empregando-se a probabilidade proporcional ao tamanho estimado da população conforme as seguintes formulas:

$$P_{2ji} = (a_i \times m_{ji} / \Sigma_j m_{ji})$$

onde

a_i : número de conglomerados (SCs ou aldeias) a serem seleccionados na i -ésima comuna seleccionada,

m_{ji} : medida estimada do tamanho do j -ésimo conglomerado (aldeia ou SCs), dentro da i -ésima comuna,

$\Sigma_j m_{ji}$: medida total estimada do tamanho da i -ésima comuna.

Antes da realização da terceira etapa de selecção de agregados, em cada conglomerado seleccionado elaborou-se uma listagem dos agregados para o ano 2006, para se obter um marco completo e possibilitar a selecção final de 25 agregados a partir de tal marco.

A terceira fase constituiu a selecção final dos agregados num determinado conglomerado, empregando-se as seguintes formulas:

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

onde

c : é o número fixo (25) de agregados seleccionados,

(L_{ji}) : contido no processo da listagem de 2006 para o ji -ésimo conglomerado.

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 a ponderação de desenho da amostragem para o j i-ésimo conglomerado é dada como

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

A.7 IMPLEMENTAÇÃO DA AMOSTRA

Os resultados da implementação da amostra por agregados familiares e inquiridos individuais se mostram em tabela A.3. Os resultados indicam que 2.809 potenciais agregados familiares foram seleccionados, e trabalhadores de campo exitosamente completaram inquiridos em 97,2 por cento delos. Em os agregados familiares inquiridos, 3.136 mulheres elegíveis foram identificadas, dos quais 95 por cento foram exitosamente inquiridas.

Tabela A.3 Implementação da amostra: mulheres

Distribuição percentual dos agregados e mulheres elegíveis pelos resultados dos inquiridos familiares e individuais; e as taxas de resposta do agregados, mulheres elegíveis e gerais, conforme zona rural-urbana e região, Angola IIM 2006-07.

Resultado	Residência		Região				Total
	Urbana	Rural	Hiper-endêmica	Meso-endêmica Estável	Meso-endêmica Instável	Luanda	
Agregados seleccionados							
Concluído (C)	92,6	92,5	99,5	97,4	77,5	94,0	92,5
Agregado presente mas sem a presença de um inquirido competente (AP)	1,6	0,8	0,0	0,1	3,4	1,2	1,1
Adiado (A)	0,1	0,2	0,0	0,0	0,5	0,1	0,1
Recusado (R)	1,7	0,7	0,0	0,7	2,5	1,5	1,1
Residência não encontrada (RNE)	0,3	0,2	0,0	0,0	1,3	0,0	0,3
Agregado ausente (AA)	1,8	3,0	0,0	0,3	9,1	1,4	2,5
Residência vazia/endereço não correspondente a uma residência (RV)	1,3	0,9	0,3	0,3	2,5	1,2	1,0
Residência destruída (RD)	0,3	0,7	0,0	0,1	2,0	0,1	0,5
Outros (O)	0,3	1,0	0,3	1,0	1,3	0,4	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de agregados seleccionados	1.187	1.622	737	694	639	739	2.809
Taxa de resposta dos agregados (TRA) ¹	96,2	97,9	100,0	99,1	91,0	97,1	97,2
Mulheres elegíveis							
Concluído (MEC)	94,5	95,1	96,9	97,1	87,2	95,8	94,8
Ausente (MEAU)	3,7	4,4	2,4	2,3	10,2	3,0	4,0
Adiado (MEAD)	0,4	0,0	0,3	0,0	0,3	0,2	0,2
Recusado (MER)	1,1	0,2	0,1	0,1	1,7	0,8	0,7
Inquirido não concluído (MENC)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Incapacitada (MEI)	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mulheres	1.654	1.482	706	724	580	1.126	3.136
Taxa de resposta das mulheres elegíveis (TRME) ²	94,5	95,1	96,9	97,1	87,2	95,8	94,8
Taxa de resposta geral (TRG) ³	90,9	93,1	96,9	96,2	79,4	93,0	92,1

¹ Usando o número de agregados das categorias específicas de resposta, a taxa de resposta dos agregados (TRA) calcula-se como se segue:

$$\frac{100 * C}{C + AP + A + R + RNE}$$

² Usando o número de mulheres elegíveis de categorias de respostas específicas, a taxa de resposta das mulheres elegíveis (TRME) calcula-se como se segue:

$$\frac{100 * MEC}{MEC + MEAU + MEAD + MER + MENC + MEI}$$

³ A taxa de resposta global (TRG) calcula-se como: TRG = TRA * TRME/100

Por tratar-se dum inquérito por amostragem, os resultados do IIMA 2006-07 apresentados neste relatório estão afectados 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 os chamados erros amostrais resultam do facto de ter-se entrevistado só uma parte da população e não a sua totalidade.

O primeiro tipo de erro inclui a falta de cobertura de todas as mulheres seleccionadas, erros na formulação das perguntas e no registo das respostas, confusão ou incapacidade das mulheres em dar informação e erros de codificação ou de processamento. Neste estudo tentou-se reduzir no mínimo este tipo de erros através duma série de procedimentos que se usam em amostras bem desenhadas e executadas como por exemplo, o desenho cuidadoso, as numerosas provas do questionário, a intensa capacitação das entrevistadoras, a supervisão permanente do trabalho de campo e a revisão dos questionários no gabinete por parte do pessoal de crítica. A supervisão apropriada na etapa de codificação e processamento dos dados e limpeza cuidadosa dos arquivos, a retro alimentação aos supervisores, as críticas às entrevistadoras a partir dos quadros de controle de qualidade, também contribuíram para minimizar os erros. Os elementos de avaliação disponíveis assinalam que este tipo de erros manteve-se dentro das margens razoáveis no IIMA 2006-07. A descrição que abaixo segue não faz referência aos erros alheios a amostra, senão unicamente os chamados erros amostrais.

A amostra alocada para este Inquérito é uma das demais 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 proporcionados pela amostra efectivamente seleccionada.

O erro amostral mede-se por meio do erro padrão. O erro padrão dum 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. Em consequência, o erro padrão mede o grau de precisão com que a média, a percentagem, ou outra qualquer estatística baseada na amostra se aproxima do resultado que se obteria se todas as mulheres da população tivessem sido entrevistadas nas mesmas condições.

O erro padrão pode ser utilizado para calcular intervalos dentro dos quais supõe-se, com determinado grau de confiança, que o valor real para a população recairá. Para qualquer medida estatística calculada a partir da amostra (por exemplo, uma percentagem), o valor dessa medida cairá num intervalo de mais ou menos duas vezes o erro padrão dessa medida em 95 por cento de todas as amostras possíveis de igual desenho e tamanho.

Se as mulheres incluídas na amostra tivessem sido seleccionadas na forma aleatória simples, teria sido possível utilizar directamente as fórmulas muito conhecidas que aparecem nos textos de estatística para calcular erros padrão e limites de confiança e para a realização de testes de hipóteses. Entretanto, como foi mencionado, o desenho utilizado é complexo, para o qual se requerem fórmulas especiais que consideram os efeitos da estratificação e conglomeração.

Foi possível fazer estes cálculos para um certo grupo de variáveis de interesse especial, utilizando-se a metodologia, actualmente incorporada no ISSA, adequada para análise estatística de amostras complexas como a do IIMA 2006-07. 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

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi}, \text{ e na forma análoga } z_h = y_h - rx_h$$

onde h representa os estratos e varia de 1 a H ,
 m_h é o número de conglomerados no estrato h -ésimo,
 y_{hi} é a soma ponderada dos valores da variável y no conglomerado i do estrato h -ésimo,
 x_{hi} é a soma ponderada do número de casos (mulheres) no conglomerado i do estrato h -ésimo, e
 f representa a fracção total da amostra cujo valor é tão pequeno que é ignorado pelo subprograma.

Além do erro padrão, o subprograma calcula o efeito do desenho para cada estimativa, EDIS, que se define como a razão entre o erro padrão correspondente ao desenho da amostra (EE) e o erro padrão que resultaria se o desenho implementado fosse por amostragem aleatória simples (EE_{mas}):

$$EDIS = EE / EE_{mas}.$$

Um valor de EDIS igual a 1.0 indica que o desenho utilizado é tão eficiente quanto uma amostragem aleatória simples, enquanto que um valor superior a 1,0 indica que o uso de conglomerados produziu uma variância superior a que obteria com uma amostragem aleatória simples do mesmo tamanho.

A Tabela B.1 apresenta as variáveis para as quais se calculou os erros de amostragem, mostrando-se o tipo de indicador utilizado e a população de referência. As Tabelas B.2 a B.8 apresentam os erros de amostragem para os indicadores das variáveis seleccionadas, para todo o país, por área de residência e para as 4 regiões epidemiológicas da malária.

Para cada variável inclui-se o correspondente valor estimado V (em média ou em percentagem), o erro padrão e o número de casos (sem ponderar e os ponderados) para os quais se investigou a característica considerada. Além do erro padrão, nos quadros aparecem também o efeito do desenho (EDIS), o erro relativo (EE/ V) e o intervalo de confiança de 95 por cento que contém o valor real.

Os erros amostrais do IIMA 2006-07 são calculados para variáveis seleccionadas que são consideradas como sendo de sumo interesse ao inquirido. Os resultados estão apresentados para o país como um todo, para as zonas urbanas e rurais, e para cada uma das três zonas epidemiológicas da malária mais Luanda, a cidade capital. A tabela B.1 apresenta o tipo de estatística (média ou proporção) e a população base para cada variável seleccionada. As tabelas B.2 a B.8 apresentam o valor das estatísticas (V), o seu erro padrão (EE), o número de casos não ponderados (SP) e ponderados (P), os efeitos da concepção (EDIS), o erro relativo padrão (EE/ V), e os limites de confiança de 95 por cento ($R \pm 2EE$) para cada variável. O EDIS considera-se como não definido quando o erro padrão considerando uma amostra aleatória simples é zero (quando a estimativa é aproximadamente 0 ou 1). No caso da taxa de fecundidade total, o número de casos não ponderado

não é relevante, pois não existe nenhum valor não ponderado conhecido para os anos de procriação das mulheres.

A título de exemplo de como o intervalo da confiança deveria ser interpretado, consideremos a variável “agregados com pelo menos uma REMTI” na Tabela B.2. A proporção total da amostra a nível nacional é de 0,275 (ou 27,5 por cento), e o erro padrão é de 0,019. Para obter os limites de confiança de 95 por cento, soma-se e subtrai-se duas vezes o erro padrão á estimativa da amostra; i.e. $0,275 \pm 2 \times 0,019$. Assim, existe uma alta probabilidade (95 por cento) de que a média real da proporção dos agregados com pelo menos uma REMTI está entre 0,236 e 0,314.

Os erros amostrais são analisados para a amostra nacional e para seis grupos separados (as duas zonas de residência e as quatro zonas da malária) para estimativas de médias e proporções. Os erros relativos padrão (EE/V) para as média e proporções na amostra nacional variam entre 4,2 por cento e 23 por cento, com uma média de 16,6 por cento; os erros relativos padrão mais elevados são aqueles que dizem respeito às estimativas dos valores muito baixos (tais como “mulheres grávidas que tomaram algum SP/Fansidar,” com um erro relativo de 23 por cento), ou amostras de pequeno porte (tal como “mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira ontem à noite”, com um erro relativo de 16 por cento). Todos menos quatro indicadores têm erros relativos de 10 por cento ou menos para a amostra nacional. Quando estes quatro indicadores estão excluídos, o erro relativo baixa para 7,65 por cento. Assim, os erros relativos para a maioria das estimativas para o país como um todo são poucos.

Existem diferenciais nos erros relativos padrão para as estimativas das sub-populações. Por exemplo, para a variável “Crianças menores de cinco anos que dormiram debaixo de uma rede ontem à noite”, os erros relativos padrão como uma percentagem da estimativa média para todo o país e para as zonas urbanas são de 9 por cento e 11 por cento, respectivamente.

Para toda a amostra, a média do valor do efeito da desenho para todas as variáveis é de 1,84, o que significa que devido à conglomeração multi-etápica da amostra, o erro médio padrão acrescido de um factor de 1,84 acima daquele numa amostra aleatória simples equivalente.

Tabela B.1 Variáveis seleccionadas para o cálculo dos erros de amostragem, Angola IIM 2006-07		
Variável	Estimativa	População Base
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira	Proporção	Todos os conglomerados
Número de redes mosquiteiras por agregado	Média	Todos os conglomerados
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira alguma vez tratada	Proporção	Todos os conglomerados
Número de redes mosquiteiras alguma vez tratadas	Média	Todos os conglomerados
Agregados com pelo menos uma REMTI	Proporção	Todos os conglomerados
Número de REMTI por conglomerado	Média	Todos os conglomerados
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	Proporção	Crianças menores de 5 anos
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	Proporção	Crianças menores de 5 anos
Crianças que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	Proporção	Crianças menores de 5 anos
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	Proporção	Mulheres grávidas
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	Proporção	Mulheres grávidas
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	Proporção	Mulheres grávidas
Mulheres grávidas que tomaram um medicamento antimalárico	Proporção	Mulheres grávidas
Mulheres grávidas que tomaram SP/Fansidar	Proporção	Mulheres grávidas
Prevalência da febre em crianças menores de cinco anos	Proporção	Crianças menores de 5 anos
Proporção de crianças que tomaram um medicamento antimalárico	Proporção	Crianças menores de 5 anos com febre nas últimas 2 semanas

Tabela B.2 Erros de amostragem: amostra Nacional, Angola IIM 2006-07

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos		Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança	
			Sem ponderar (SP)	Ponderados (P)			V-2EE	V+2EE
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira	0,326	0,021	2.599	2.599	2.322	0.065	0.284	0.369
Número de redes mosquiteiras por agregado	0,514	0,037	2.599	2.599	2.186	0.071	0.440	0.587
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira alguma vez tratada	0,281	0,020	2.599	2.599	2.259	0.071	0.242	0.321
Número de redes mosquiteiras alguma vez tratadas	0,435	0,033	2.599	2.599	2.149	0.077	0.368	0.502
Agregados com pelo menos uma REMTI	0,275	0,019	2.599	2.599	2.216	0.071	0.236	0.314
Número de REMTI por conglomerado	0,422	0,032	2.599	2.599	2.104	0.077	0.357	0.486
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,207	0,019	2.750	2.739	1.874	0.090	0.170	0.244
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,182	0,018	2.750	2.739	1.946	0.101	0.146	0.219
Crianças que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,177	0,018	2.750	2.739	1.904	0.100	0.142	0.213
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,246	0,040	273	269	1.507	0.161	0.167	0.326
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,228	0,038	273	269	1.500	0.168	0.151	0.304
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,220	0,038	273	269	1.488	0.170	0.145	0.296
Mulheres grávidas que tomaram um medicamento antimalárico	0,595	0,030	1.092	1.011	2.037	0.051	0.534	0.655
Mulheres grávidas que tomaram SP/Fansidar	0,041	0,009	1.092	1.011	1.562	0.230	0.022	0.059
Prevalência da febre em crianças menores de cinco anos	0,239	0,010	2.358	2.218	1.036	0.042	0.219	0.259
Proporção de crianças que tomou um medicamento antimalárico	0,293	0,030	534	530	1.411	0.102	0.233	0.352

Tabela B.3 Erros de amostragem: amostra Urbana, Angola IIM 2006-07

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos		Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança	
			Sem ponderar (SP)	Ponderados (P)			V-2EE	V+2EE
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira	0,340	0,019	1.099	1.301	1,346	0,057	0,301	0,378
Número de redes mosquiteiras por agregado	0,569	0,039	1.099	1.301	1,380	0,068	0,491	0,646
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira alguma vez tratada	0,298	0,019	1.099	1.301	1,341	0,062	0,261	0,335
Número de redes mosquiteiras alguma vez tratadas	0,484	0,034	1.099	1.301	1,319	0,071	0,416	0,553
Agregados com pelo menos uma REMTI	0,291	0,018	1.099	1.301	1,305	0,061	0,256	0,327
Número de REMTI por conglomerado	0,470	0,032	1.099	1.301	1,261	0,068	0,406	0,534
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,192	0,021	1.109	1.287	1,365	0,108	0,150	0,233
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,169	0,018	1.109	1.287	1,249	0,107	0,132	0,205
Crianças que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,167	0,018	1.109	1.287	1,262	0,109	0,131	0,203
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,179	0,045	89	101	1,093	0,253	0,088	0,270
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,167	0,042	89	101	1,051	0,254	0,082	0,252
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,148	0,034	89	101	0,882	0,230	0,080	0,215
Mulheres grávidas que tomaram um medicamento antimalárico	0,770	0,037	402	448	1,740	0,048	0,696	0,843
Mulheres grávidas que tomaram SP/Fansidar	0,055	0,017	402	448	1,512	0,312	0,021	0,090
Prevalência da febre em crianças menores de cinco anos	0,225	0,011	936	1.026	0,724	0,048	0,204	0,247
Proporção de crianças que tomou um medicamento antimalárico	0,380	0,048	199	231	1,331	0,127	0,284	0,477

Variável	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos		Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança	
			Sem ponderar (SP)	Ponderados (P)			V-2EE	V+2EE
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira	0,313	0,038	1.500	1.298	3,167	0,121	0,237	0,389
Número de redes mosquiteiras por agregado	0,459	0,062	1.500	1.298	3,084	0,135	0,335	0,582
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira alguma vez tratada	0,265	0,035	1.500	1.298	3,081	0,132	0,195	0,335
Número de redes mosquiteiras alguma vez tratadas	0,385	0,058	1.500	1.298	3,090	0,150	0,270	0,500
Agregados com pelo menos uma REMTI	0,259	0,034	1.500	1.298	3,026	0,132	0,190	0,327
Número de REMTI por conglomerado	0,374	0,056	1.500	1.298	3,037	0,150	0,262	0,485
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,220	0,030	1.641	1.452	2,287	0,135	0,161	0,280
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,195	0,031	1.641	1.452	2,473	0,157	0,134	0,256
Crianças que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,187	0,029	1.641	1.452	2,408	0,157	0,128	0,245
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,287	0,056	184	168	1,731	0,196	0,174	0,399
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,264	0,055	184	168	1,738	0,208	0,154	0,374
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,264	0,055	184	168	1,738	0,208	0,154	0,374
Mulheres grávidas que tomaram um medicamento antimalárico	0,455	0,039	690	563	2,060	0,086	0,377	0,533
Mulheres grávidas que tomaram SP/Fansidar	0,029	0,010	690	563	1,542	0,339	0,009	0,049
Prevalência da febre em crianças menores de cinco anos	0,251	0,016	1.422	1.192	1,296	0,063	0,219	0,283
Proporção de crianças que tomou um medicamento antimalárico	0,225	0,035	335	299	1,474	0,154	0,156	0,294

Variable	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos		Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança	
			Sem ponderar (SP)	Ponderados (P)			V-2EE	V+2EE
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira	0,250	0,045	676	928	2,685	0,179	0,160	0,339
Número de redes mosquiteiras por agregado	0,382	0,073	676	928	2,482	0,190	0,237	0,527
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira alguma vez tratada	0,210	0,037	676	928	2,374	0,177	0,136	0,285
Número de redes mosquiteiras alguma vez tratadas	0,317	0,060	676	928	2,234	0,189	0,197	0,437
Agregados com pelo menos uma REMTI	0,204	0,035	676	928	2,285	0,174	0,133	0,275
Número de REMTI por conglomerado	0,304	0,056	676	928	2,139	0,185	0,192	0,417
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,178	0,038	672	950	1,991	0,212	0,102	0,253
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,164	0,035	672	950	1,924	0,214	0,094	0,234
Crianças que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,156	0,032	672	950	1,795	0,204	0,092	0,220
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,241	0,079	68	101	1,590	0,328	0,083	0,400
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,235	0,079	68	101	1,604	0,337	0,076	0,393
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,235	0,079	68	101	1,604	0,337	0,076	0,393
Mulheres grávidas que tomaram um medicamento antimalárico	0,654	0,048	303	386	1,769	0,074	0,557	0,750
Mulheres grávidas que tomaram SP/Fansidar	0,026	0,013	303	386	1,414	0,498	0,000	0,052
Prevalência da febre em crianças menores de cinco anos	0,261	0,019	607	786	1,032	0,075	0,222	0,300
Proporção de crianças que tomou um medicamento antimalárico	0,210	0,045	161	205	1,414	0,216	0,119	0,300

Variable	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos		Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança	
			Sem ponderar (SP)	Ponderados (P)			V-2EE	V+2EE
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira	0,538	0,045	733	498	2,432	0,083	0,449	0,628
Número de redes mosquiteiras por agregado	0,846	0,081	733	498	2,314	0,096	0,684	1,009
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira alguma vez tratada	0,513	0,051	733	498	2,746	0,099	0,411	0,614
Número de redes mosquiteiras alguma vez tratadas	0,802	0,085	733	498	2,449	0,107	0,631	0,973
Agregados com pelo menos uma REMTI	0,510	0,050	733	498	2,690	0,098	0,410	0,609
Número de REMTI por conglomerado	0,793	0,083	733	498	2,402	0,105	0,627	0,960
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,365	0,055	804	577	2,579	0,151	0,254	0,475
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,338	0,061	804	577	2,936	0,182	0,215	0,461
Crianças que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,338	0,061	804	577	2,936	0,182	0,215	0,461
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,418	0,084	89	62	1,633	0,201	0,250	0,586
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,388	0,084	89	62	1,654	0,217	0,220	0,557
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,388	0,084	89	62	1,654	0,217	0,220	0,557
Mulheres grávidas que tomaram um medicamento antimalárico	0,418	0,072	330	209	2,662	0,173	0,273	0,563
Mulheres grávidas que tomaram SP/Fansidar	0,060	0,026	330	209	1,974	0,432	0,008	0,111
Prevalência da febre em crianças menores de cinco anos	0,203	0,018	706	469	1,117	0,090	0,167	0,240
Proporção de crianças que tomou um medicamento antimalárico	0,247	0,056	133	95	1,462	0,228	0,135	0,360

Variable	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos		Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança	
			Sem ponderar (SP)	Ponderados (P)			V-2EE	V+2EE
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira	0,340	0,046	495	360	2,147	0,135	0,248	0,431
Número de redes mosquiteiras por agregado	0,549	0,095	495	360	2,383	0,173	0,359	0,739
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira alguma vez tratada	0,237	0,055	495	360	2,850	0,230	0,128	0,346
Número de redes mosquiteiras alguma vez tratadas	0,376	0,105	495	360	3,061	0,278	0,167	0,586
Agregados com pelo menos uma REMTI	0,226	0,057	495	360	3,015	0,251	0,113	0,340
Número de REMTI por conglomerado	0,359	0,107	495	360	3,184	0,298	0,145	0,573
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,146	0,029	611	456	1,641	0,197	0,088	0,203
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,103	0,031	611	456	2,010	0,299	0,042	0,165
Crianças que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,094	0,032	611	456	2,159	0,339	0,030	0,158
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,165	0,058	64	52	1,317	0,351	0,049	0,281
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,117	0,036	64	52	0,955	0,311	0,044	0,190
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,117	0,036	64	52	0,955	0,311	0,044	0,190
Mulheres grávidas que tomaram um medicamento antimalárico	0,482	0,085	227	169	2,566	0,177	0,312	0,653
Mulheres grávidas que tomaram SP/Fansidar	0,035	0,015	227	169	1,186	0,412	0,006	0,064
Prevalência da febre em crianças menores de cinco anos	0,241	0,025	479	369	1,249	0,105	0,190	0,292
Proporção de crianças que tomou um medicamento antimalárico	0,273	0,070	115	89	1,513	0,257	0,133	0,413

Tabela B.8 Erros de amostragem: amostra Luanda, Angola IIM 2006-07

Variable	Valor estimado (V)	Erro padrão (EE)	Número de casos		Efeito de desenho (EDIS)	Erro relativo (EE/V)	Intervalo de confiança	
			Sem ponderar (SP)	Ponderados (P)			V-2EE	V+2EE
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira	0,278	0,020	695	813	1,189	0,073	0,238	0,319
Número de redes mosquiteiras por agregado	0,444	0,038	695	813	1,203	0,085	0,368	0,520
Agregados com pelo menos uma rede mosquiteira alguma vez tratada	0,241	0,020	695	813	1,227	0,083	0,201	0,280
Número de redes mosquiteiras alguma vez tratadas	0,370	0,033	695	813	1,165	0,089	0,304	0,435
Agregados com pelo menos uma REMTI	0,234	0,019	695	813	1,183	0,081	0,196	0,272
Número de REMTI por conglomerado	0,356	0,032	695	813	1,162	0,091	0,291	0,420
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,160	0,024	663	756	1,374	0,151	0,111	0,208
Crianças que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,135	0,018	663	756	1,139	0,137	0,098	0,172
Crianças que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,132	0,019	663	756	1,164	0,142	0,095	0,170
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior	0,136	0,057	52	54	1,130	0,421	0,022	0,250
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira alguma vez tratada na noite anterior	0,136	0,057	52	54	1,130	0,421	0,022	0,250
Mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma REMTI na noite anterior	0,099	0,031	52	54	0,703	0,312	0,037	0,161
Mulheres grávidas que tomaram um medicamento antimalárico	0,729	0,028	232	246	0,968	0,039	0,672	0,786
Mulheres grávidas que tomaram SP/Fansidar	0,051	0,022	232	246	1,489	0,421	0,008	0,095
Prevalência da febre em crianças menores de cinco anos	0,237	0,015	566	594	0,745	0,064	0,207	0,268
Proporção de crianças que tomou um medicamento antimalárico	0,456	0,052	125	141	1,075	0,115	0,352	0,561

Tabela C.1 Distribuição da idade dos agregados

Distribuição ano-por-ano da população de facto do agregado por sexo (ponderada), Angola IIM 2006-07

Idade	Mulheres		Homens		Idade	Mulheres		Homens	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem		Número	Percentagem	Número	Percentagem
0	306	4,1	276	3,8	36	80	1,1	55	0,8
1	266	3,6	304	4,2	37	70	0,9	53	0,7
2	245	3,3	250	3,5	38	78	1,0	77	1,1
3	290	3,9	279	3,9	39	52	0,7	58	0,8
4	264	3,6	258	3,6	40	99	1,3	86	1,2
5	205	2,8	151	2,1	41	53	0,7	37	0,5
6	222	3,0	262	3,6	42	67	0,9	82	1,1
7	234	3,2	188	2,6	43	45	0,6	60	0,8
8	204	2,8	220	3,1	44	66	0,9	39	0,5
9	196	2,6	213	3,0	45	62	0,8	76	1,1
10	226	3,0	208	2,9	46	38	0,5	39	0,5
11	149	2,0	150	2,1	47	50	0,7	35	0,5
12	203	2,7	208	2,9	48	26	0,4	41	0,6
13	190	2,6	156	2,2	49	14	0,2	33	0,5
14	213	2,9	174	2,4	50	114	1,5	46	0,6
15	188	2,5	191	2,6	51	39	0,5	23	0,3
16	156	2,1	178	2,5	52	53	0,7	36	0,5
17	170	2,3	198	2,8	53	38	0,5	32	0,4
18	225	3,0	265	3,7	54	30	0,4	27	0,4
19	141	1,9	185	2,6	55	40	0,5	41	0,6
20	218	2,9	227	3,2	56	31	0,4	44	0,6
21	106	1,4	88	1,2	57	19	0,3	21	0,3
22	155	2,1	132	1,8	58	27	0,4	33	0,5
23	98	1,3	114	1,6	59	3	0,0	24	0,3
24	106	1,4	119	1,6	60	44	0,6	48	0,7
25	127	1,7	108	1,5	61	11	0,2	9	0,1
26	100	1,3	85	1,2	62	24	0,3	23	0,3
27	91	1,2	75	1,0	63	13	0,2	17	0,2
28	100	1,3	84	1,2	64	15	0,2	19	0,3
29	93	1,2	66	0,9	65	18	0,2	21	0,3
30	106	1,4	109	1,5	66	20	0,3	16	0,2
31	71	1,0	37	0,5	67	10	0,1	14	0,2
32	95	1,3	86	1,2	68	21	0,3	17	0,2
33	66	0,9	62	0,9	69	10	0,1	9	0,1
34	52	0,7	41	0,6	70+	111	1,5	105	1,5
35	58	0,8	54	0,8	Não se sabe em falta	3	0,0	13	0,2
					Total	7.429	100,0	7.204	100,0

Tabela C.2 Distribuição da idade das mulheres elegíveis inquiridas

População *de facto* das mulheres de idade entre 10-54 anos, mulheres de idade entre 15-49 anos inquiridas, e percentagem das mulheres inquiridas (ponderada), por cada grupo da faixa etária de cinco anos, Angola IIM 2006-07

Faixa Etária	População das mulheres no agregado de 10-54 anos	Mulheres inquiridas 15-49 anos		Percentagem das mulheres elegíveis inquiridas
		Número	Percentagem	
10-14	980	na	na	na
15-19	880	844	26,6	96,0
20-24	682	656	20,7	96,1
25-29	511	486	15,3	95,1
30-34	390	370	11,7	94,9
25-39	338	318	10,0	93,9
40-44	330	318	10,0	96,1
45-49	190	181	5,7	95,1
50-54	274	na	na	na
15-49	3.322	3.172	100,0	95,5

Observação: A população *de facto* inclui todas as residentes e não residentes que passaram a noite anterior ao inquérito no agregado. A ponderação para a população das mulheres no agregado e para as mulheres inquiridas constituem a ponderação do agregado. A idade baseia-se nos agregados familiares.
na = Não aplicável.

Tabela C.3 Nascimentos por ano civil

Número de nascimentos, percentagem com data de nascimento completa, o rácio de sexo ao nascer, e o rácio do ano civil, por ano civil, de acordo com o número de crianças vivas, mortas e total (ponderada), Angola IIM 2006-07

Anos	Número de nascimentos			Percentagem com data de nascimento completa ¹			Rácio de sexo ao nascer ²			Rácio de ano civil ³		
	Vivos	Mortos	Total	Vivos	Mortos	Total	Vivos	Mortos	Total	Vivos	Mortos	Total
2007	19	1	20	98,3	100,0	98,4	61,5	162,6	64,9	na	na	na
2006	523	28	551	99,9	99,0	99,8	87,3	117,9	88,7	na	na	na
2005	495	38	533	98,6	94,9	98,4	124,6	59,0	118,2	106,6	97,8	105,9
2004	406	50	457	99,6	89,1	98,5	98,6	121,0	100,9	82,7	113,1	85,2
2003	488	51	538	99,6	91,0	98,8	96,2	176,4	101,7	123,4	119,7	123,1
2002	384	34	418	99,2	97,9	99,1	89,6	116,4	91,5	104,5	98,5	104,0
2001	247	19	266	97,1	85,3	96,3	85,0	58,1	82,8	na	na	na
Total	2.561	221	2.782	99,2	92,9	98,7	97,0	108,5	97,9	na	na	na

¹ O ano e o mês de nascimento estão indicados

² $(B_m/B_f)*100$, onde B_m e B_f representam os números de nascimentos masculinos e femininos, respectivamente

³ $[2B_x/(B_{x-1}+B_{x+1})]*100$, onde B_x representa o número dos nascimentos durante o ano civil x

na = Não aplicável

Tabela C.4 Notificação da idade à morte, em dias

A distribuição das mortes notificadas em menores de um mês de idade, por idade à morte em dias, e percentagem das mortes entre os recém-nascidos notificadas ocorridas entre 0-6 dias, para períodos de cinco anos anteriores ao inquérito (ponderada), Angola IIM 2006-07

Idade à morte em dias	Número de anos anteriores ao inquérito		Total
	0-4	5-9	
<1	7	0	7
1	17	0	17
2	10	0	10
3	3	0	4
4	5	0	5
5	2	0	2
7	3	1	3
8	1	0	1
9	0	0	0
13	3	0	3
14	0	0	0
15	2	0	2
17	1	0	1
18	0	2	2
20	0	0	0
21	3	0	3
23	1	0	1
24	2	0	2
28	4	0	4
30	1	0	1
Total 0-30 dias	65	3	68
Percentagem neonatal cedo ¹	68,0	11,0	66,0

¹ 0-6 dias/0-30 dias

Tabela C.5 Notificação da idade à morte em meses

Distribuição das mortes notificadas entre menores de dois anos, por idade à morte e percentagem das mortes infantis notificadas que ocorreram em menores de um mês, para períodos de cinco anos antes do inquérito (ponderada), Angola IIM 2006-07

Idade à morte em meses	Número de anos anteriores ao inquérito		Total
	0-4	5-9	
<1 mês ¹	65	3	68
1	7	0	7
2	18	2	20
3	5	0	5
4	4	2	5
5	10	0	10
6	18	3	21
7	9	3	12
8	6	0	6
9	10	0	11
10	2	0	2
11	2	0	2
12	14	4	18
13	0	1	1
17	2	0	2
18	1	0	1
24 ou mais	4	0	4
1 ano	3	0	3
Total 0-11	158	13	171
Percentagem neonatal ²	41,0	20,0	40,0

¹ Inclui mortes de menores de um mês, notificadas em dias

² Menor de um mês/menor de um ano

**PESSOAS QUE PARTICIPARAM NO INQUÉRITO
DE INDICADORES DE MALÁRIA EM ANGOLA
2006-07**

Apêndice D

COSEP – CONSULTORIA, LDA.

Director de Inquéritos	Nlando Mia Veta André
Coordenador de Campo	José Ricardo Makonda Mbuta
Controlador Financeiro	Tandu Wulu
Supervisores Centrais	Sukama Dikizeko Antonio Ricardo
Revisores Centrais	Filipe Kitenda Zua Esperança F. Da Costa
Técnica de Contabilidade	Diolinda Culolo
Secretária	Antonio Manuel Silva
Gestores de Dados	Zatandu Mbiki Zola Pedro
Operadores de Registo de Dados	Esperança Simao Catarina Bonifacio Joana Maria P. Mateus Joana Maria Das N.S.F. Pinto Finda Maria Pinheiro Zombo Ditutala Alexandre Sebastiana Gil Maria Joao Alexandre

EQUIPAS DE CAMPO

Grupo Norte – Provincias Luanda, Bengo, Cabinda, Zaire, Uíge, Kuanza Norte

Supervisor	Maria Florinda H Victor
Editor	Manuel Kodia
Inquiridoras	Garcia Pembele Iracelma Meredite F. Neto Camila Monge Kanga Antonia Manuela Da Cunha Teresa Lumengo Paulina Antonio

Grupo Centro – Provincias Kuanza Sul, Benguela, Huambo, Bié

Supervisor	Antonio Frederico Silva
Editor	Maria Nguve
Inquiridores	Isabel Bartolomeu Damila Gaspar Fatima Joao Filipe Samuel Manuel

Grupo Sul – Provincias Huíla, Cunene, Namibe, Kuando Kubangu

Supervisor	Jose Jorge Kalenga
Editor	Jose Pedro Jacinta
Inquiridores	Maria Regina Maria Alice Jancinta Muamukange Regina Luzia Mutula

Grupo Leste – Provincias Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico

Supervisor	Jose Lucas Calengulula
Editor	Silvestre Germano Sábado
Inquiridores	Liangue Da Piedade Lopes Adelina Francisca M. Lino Isaura Dos Santos P. Mutula Tabita Andre

CONSAÚDE, LDA

Co-Director de Inquéritos	Paula Figueiredo
Coordenador de Trabalho de Campo	Carolina Fereira Gonçalves
Supervisor	Pedro Rafael Dimbo
Trabalho de Microscopia & Laboratório	Antónia da Silva/Delfina Paulo Neto
Recolha de Amostras no Terreno	Maria Eugenia Semedo Sebastião Paulo José Samuel

MACRO INTERNATIONAL INC

Alfredo Fort, Coordenador Nacional
Alfredo Aliaga, Especialista de Amostragem
Julio Ortúzar, Consultor de Processamento de Dados
Albert Themme, Especialista de Processamento de Dados
Dean Garrett, Especialista de Marcadores Biológicos
Elizabeth Streat, Consultora de Marcadores Biológicos
El-Arbi Housni, Consultor
Noah Bartlett, Revisor Técnico
Sri Poedjastoeti, Revisor Técnico
Andrew Inglis, Analista GIS
Sidney Moore, Editora
Christopher Gramer, Especialista de Produção de Documentos

Inquérito dos Indicadores de Malária em Angola

Questionário Do Agregado Familiar

**Ministério de Saúde (PNCM),
USAID / PMI, UNDP / GF**

Novembro 2006

**INQUERITO DOS INDICADORES DE MALÁRIA
QUESTIONARIO DO AGREGADO FAMILIAR**

ANGOLA]
[COSEP – CONSULTORIA, LDA / CONSAUDE

IDENTIFICAÇÃO																			
NOME DO BAIRRO / ALDEIA _____	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																		
NOME DO CHEFE DO AGREGADO _____																			
NÚMERO DO CONGLOMERADO																			
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR																			
PROVINCIA.....																			
ÁREA (URBANO=1, RURAL=2)																			
REGIÃO ENDÉMICA DA MALÁRIA 1 = Hiperendémica (Cabinda, Uíge, K. Norte, Malange, L. Norte, L. Sul) 2 = Mesoendémica Estável (Zaire, Luanda, Bengo, Benguela, K. Sul, Huambo, Bié) 3 = Mesoendémica Instável (Moxico, K. Kubango, Kunene, Huila, Namibe).....																			

VISITAS DA INQUIRIDORA											
	1	2	3	VISITA FINAL							
DATA	_____	_____	_____	DIA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MÊS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
NOME DA INQUIRIDORA	_____	_____	_____	CODIGO INQ. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>							
RESULTADO*	_____	_____	_____	RESULTADO <table border="1"><tr><td></td></tr></table>							
PRÓXIMA VISITA: DATA	_____	_____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>							
*CÓDIGOS DE RESULTADOS: 1 COMPLETADOS 2 NENHUM MEMBRO DO AGREGADO EM CASA OU NENHUM RESPONDENTE COMPETENTE EM CASA À HORA DA VISITA 3 AGREGADO INTEIRO AUSENTE POR LONGO PERÍODO DE TEMPO 4 ADIADO 5 RECUSADO 6 RESIDÊNCIA VAGA OU ENDEREÇO NÃO É UMA RESIDÊNCIA 7 RESIDÊNCIA DESTRUÍDA 8 RESIDÊNCIA NÃO ENCONTRADA 9 OUTROS _____ (ESPECIFIQUE)				TOTAL DE PESSOAS NO AGREGADO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> TOTAL DE MULHERES ELEGÍVEIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NÚMERO DE LINHA DO RESPONDENTE AO QUESTION. DO AGREGADO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>							

SUPERVISOR		EDITOR DO ESCRITÓRIO	DIGITALIZADO POR
NOME _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONSENTIMENTO INFORMADO

Olá. Chamo-me _____ e trabalho com (NOME DA ORGANIZAÇÃO). Estamos a levar a cabo uma pesquisa nacional sobre a malária. Gostaríamos muito de contar com a sua participação nessa pesquisa. A informação que nos fornecer vai ajudar o governo a planificar os serviços de saúde. A pesquisa leva habitualmente entre 10 e 20 minutos para estar completa. Seja qual for a informação que nos forneça será mantida estritamente confidencial e não será mostrada a outras pessoas. A participação nesta pesquisa é voluntária e você pode optar por não responder a nenhuma questão individual ou a todas as questões. Entretanto, esperamos que participe nessa pesquisa já que os seus pontos de vista são importantes.

Nesta altura, quer perguntar-me alguma coisa sobre a pesquisa?
Posso começar com o inquérito agora?

Assinatura da inquiridora: _____ Data: _____

O/A RESPONDENTE ACEITA SER INQUIRIDO/A..... 1 O/A RESPONDENTE NÃO ACEITA SER INQUIRIDO/A.....2 —→FIM
↓

QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR

Agora gostaríamos de ter alguma informação sobre as pessoas que habitualmente vivem em sua casa ou estão consigo agora.

LINHA NO.	RESIDENTES USUAIS E VISITANTES	RELAÇÃO COM O CHEFE DE FAMÍLIA	SEXO	RESIDÊNCIA		IDADE	MULHERES ELEGÍVEIS	CRIANÇAS ELEGÍVEIS
	Por favor, dê-me os nomes das pessoas que habitualmente vivem em sua casa e visitas que passaram a noite aqui, a começar pelo chefe de família.	Qual é a relação de (NOME) com o chefe do agregado?*	É (NOME) homem ou mulher? Homem=H Mulher= M	(NOME) habitualmente vive aqui?	(NOME) passou aqui a noite?	Que idade tem (NOME)?	FAÇA UM CÍRCULO NO NÚM. DE LINHA DE TODAS AS MULHERES COM 15-49 ANOS	FAÇA UM CÍRCULO NO NÚM. DE LINHA DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
			H M	SIM NÃO	SIM NÃO	EM ANOS		
01		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	10	10

* CÓDIGOS PARA Q.3
 RELAÇÃO COM O CHEFE DO AGREGADO:
 01 = CHEFE
 02=ESPOSA/ESPOSO
 03 = FILHO OU FILHA
 04 =GENRO OU NORA
 05 = NETO (A)
 06 = PAI/MÃE
 07 = SÓGRO (A)
 08 = IRMÃO OU IRMÃ
 09 = OUTRO PARENTE
 10 = ADOPTADO/PROTEGIDO/ENTEADO (A)
 11 = NÃO É PARENTE
 98 = NÃO SABE

LINHA NO.	RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES	RELAÇÃO COM AO CHEFE DO AGREGADO	SEXO	RESIDÊNCIA		IDADE	MULHERES ELEGÍVEIS	CRIANÇAS ELEGÍVEIS
				(NOME) habitualmente vive aqui?	(NOME) passou aqui a noite?			
	Por favor, dê-me os nomes das pessoas que habitualmente vivem em sua casa e visitas que passaram a noite aqui, a começar pelo chefe de família.	Qual é a relação de (NOME) com o chefe de família?*	É (NOME) homem ou mulher? Homem=H Mulher= M			Que idade tem (NOME)?	FAÇA UM CÍRCULO NO NÚM. DE LINHA DE TODAS AS MULHERES COM 15-49 ANOS	FAÇA UM CÍRCULO NO NÚM. DE LINHA DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
			H M	SIM NÃO	SIM NÃO	EM ANOS		
11		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	11	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	12	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	13	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	14	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	15	15
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	16	16
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	17	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	18	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	19	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	20	20

ASSINALE AQUI SE FOR USADO QUESTIONARIO ADICIONAL		<input type="checkbox"/>
Apenas para me certificar de que tenho uma lista completa:		
1) Existem outras pessoas tais como crianças pequenas ou latentes que não tenhamos listado?	SIM <input type="checkbox"/>	INTRODUZA CADA UM NA TABELA NÃO <input type="checkbox"/>
2) Para além disso, existem outras pessoas que podem não ser membros da Seu agregado, tais como empregados domésticos, inquilinos ou amigos que habitualmente vivam aqui?	SIM <input type="checkbox"/>	INTRODUZA CADA UM NA TABELA NÃO <input type="checkbox"/>
3) Existem alguns hóspedes ou visitantes temporários que estejam aqui, ou alguém mais que tenha passado aqui a noite, que não tenha sido listado?	SIM <input type="checkbox"/>	INTRODUZA CADA UM NA TABELA NÃO <input type="checkbox"/>

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	SALT AR																								
10	Qual a principal fonte de água para beber para os membros do seu agregado familiar? ¹	ÁGUA CANALIZADA CANALIZADA NA RESIDÊNCIA..... 11 CANALIZADA PARA O QUINTAL..... 12 TORNEIRA PÚBLICA/CHAFARIZ 13 TUBO DE PERFURAÇÃO OU FURO DE SONDAGEM 21 CACIMBA CAVADA/POÇO CACIMBA PROTEGICA..... 31 CACIMBA NÃO PROTEGIDA 32 ÁGUA DE FONTE FONTE PROTEGIGA..... 41 FONTE NÃO PROTEGIDA 42 ÁGUA DA CHUVA..... 51 ÁGUA DE TANQUE DE CARRO (CISTERNA)..... 61 CARROÇA COM TANQUE PEQUENO .. 71 ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO/AÇUDE/ LAGO/PEQ.LAGO/RIACHO/CANAL/ CANAL DE IRRIGAÇÃO 81 ÁGUA ENGARRAFADA..... 91 OUTROS 96 (ESPECIFIQUE)																									
11	Que tipo de instalações sanitárias usam os membros do seu agregado familiar? ¹	TOILETE DE FLUXO/DERRAMAR ÁGUA FLUXO DE ÁGUA PARA SISTEMA DE ESGOTO CANALIZADO..... 11 FLUXO DE ÁGUA PARA TANQUE SÉPTICO 12 FLUXO DE ÁGUA PARA LATRINA DE FENDA 13 FLUXO DE ÁGUA PARA OUTRO SÍTIO 14 FLUXO, NÃO SE SABE ONDE..... 15 LATRINA ESCAVADA/DE FENDA LATRINA VENTILADA MELHORADA (VIP) 21 LATRINA COM PIA CIMENTADA 22 LATRINA SEM PIA CIMENTADA/FENDA ABERTA 23 TOILETE DE ADUBO 31 TOILETE DE BALDE 41 TOILETE SUSPensa/LATRINA SUSPensa 51 NÃO HÁ FACILIDADE/MATO/CAMPO... 61 OUTROS 96 (ESPECIFIQUE)																									
12	O seu agregado tem: Electricidade Pública? Electricidade Alternativa (Gerador, painel solar)? Um rádio? Um televisor? Um telefone (fixo e móvel) Uma geleira?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SIM</th> <th style="text-align: center;">NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICIDADE PÚBLICA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ELECTRICIDADE ALTERNATIVA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RÁDIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISOR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEFONE FIXO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEFONE MOVEL.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>GELEIRA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	ELECTRICIDADE PÚBLICA.....	1	2	ELECTRICIDADE ALTERNATIVA	1	2	RÁDIO	1	2	TELEVISOR	1	2	TELEFONE FIXO	1	2	TELEFONE MOVEL.....	1	2	GELEIRA.....	1	2	
	SIM	NÃO																									
ELECTRICIDADE PÚBLICA.....	1	2																									
ELECTRICIDADE ALTERNATIVA	1	2																									
RÁDIO	1	2																									
TELEVISOR	1	2																									
TELEFONE FIXO	1	2																									
TELEFONE MOVEL.....	1	2																									
GELEIRA.....	1	2																									
13	Que tipo de combustível o seu agregado mais usa para cozinhar?	ELECTRICIDADE..... 01 LPG/GÁS NATURAL 02 PETRÓLEO 03 LENHA 04 CARVÃO 05 PALHA..... 06 ESTRUME/BOSTA..... 07 OUTROS 96 (ESPECIFIQUE)																									

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	OMITIR
14	MATERIAL DO PAVIMENTO. REGISTE OBSERVAÇÃO.	CHÃO NATURAL TERRA BATIDA/AREIA 11 BOSTA 12 CHÃO RUDIMENTAR TÁBUAS DE MADEIRA/PALHA..... 21 PALMEIRA/BAMBOO 22 CHÃO ACABADO PARQUETE OU MADEIRA POLIDA..... 31 VINYL OU FAIXAS DE ASFALTO 32 TELHAS CERÂMICAS/MOSAICO/TIJOLEIRA.. 33 CIMENTO..... 34 TAPETE 35 OUTROS _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
15	Algum dos membros do agregado tem: Uma bicicleta? Uma motocicleta ou trotinete com motor? Um carro ou camião? Carroça? Cavalo/Burro?	SIM NÃO BICICLETA..... .1 2 MOTOCICLETA/TROTINETE..... 1 2 CARRO/CAMIÃO 1 2 CARROÇA 1 2 CAVALO/BURRO 1 2	
15A	Alguma vez nos últimos 12 meses, alguém pulverizou as paredes interiores da sua residência contra os mosquitos?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	→ 16
15B	Há quantos meses a casa foi pulverizada? SE MENOS DO QUE UM MÊS, REGISTE '00' MESES ANTES.	MESES ANTES..... <input type="text"/>	
15C	Quem pulverizou a casa?	TRABALHADOR DO GOVERNO/PROGRAMA..... 1 NOME DO PROGRAMA (SE SABE) _____ COMPANHIA PRIVADA 2 NOME DA COMPANHIA (SE SABE) _____ MEMBRO DO AGREGADO 3 OUTROS _____ 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	
16	A sua casa tem algum mosquiteiro que possa ser usado ao dormir?	SIM 1 NÃO 2	→ 27
17	Quantos mosquiteiros tem a sua casa? SE 7 OU MAIS MOSQUITEIROS, REGISTE '7'.	NÚMERO DE MOSQUITEIROS..... <input type="text"/>	

18	PEÇA AO RESPONDENTE QUE LHE MOSTRE O(S) MOSQUITEIRO(S) EM CASA. SE MAIS DO QUE TRÊS MOSQUITEIROS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS	MOSQUITEIRO #1	MOSQUITEIRO #2	MOSQUITEIRO #3
		OBSERVADO1 NÃO OBSERVADO2	OBSERVADO1 NÃO OBSERVADO2	OBSERVADO1 NÃO OBSERVADO2
19	Há quanto tempo o seu agregado obteve o mosquito?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES <input type="text"/> MAIS DO QUE 3 ANOS ANTES95 (SALTE A 20)	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES <input type="text"/> MAIS DO QUE 3 ANOS ANTES95 (SALTE A 20)	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES <input type="text"/> MAIS DO QUE 3 ANOS ANTES95 (SALTE A 20)
Filtro 19a	(CASO A RESPOSTA ANTERIOR FOR ENTRE 0 E 6 MÊSES) Obteve este mosquito durante a campanha "Viva a vida com saúde"?	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8
20	OBSERVE OU PERGUNTE QUAL A MARCA E TIPO DO MOSQUITEIRO. SE A MARCA FOR DESCONHECIDA, E NÃO PODE OBSERVAR O MOSQUITEIRO, MOSTRE FOTOS DE MOSQUITEIROS TÍPICOS/MARCAS AOS RESPONDENTES.	MOSQUITEIRO ¹ 'PERMANENTE' Olyset 11 Permanet 12 Joia 16 OUTRA/NS MARCA 17 (SALTE PARA 24) ← MOSQUITEIRO ² 'PRE-TRATADO' MARCA C.....21 MARCA D.....22 OUTRA MARCA26 (ESPECIFIQUE) (SALTE PARA 22) ← OUTRA31 NAO SABE TIPO NI MARCA.....98	MOSQUITEIRO ¹ 'PERMANENTE' Olyset11 Permanet 12 Joia 16 OUTRA/NS MARCA17 (SALTE PARA 24) ← MOSQUITEIRO ² 'PRE-TRATADO' MARCA C.....21 MARCA D22 OUTRA MARCA26 (ESPECIFIQUE) (SALTE PARA 22) ← OUTRA31 NAO SABE TIPO NI MARCA.....98	MOSQUITEIRO ¹ 'PERMANENTE' Olyset11 Permanet 12 Joia 16 OUTRA/NS MARCA17 (SALTE PARA 24) ← MOSQUITEIRO ² 'PRE-TRATADO' MARCA C.....21 MARCA D22 OUTRA MARCA26 (ESPECIFIQUE) (SALTE PARA 22) ← OUTRA31 NAO SABE TIPO NI MARCA.....98
21	Quando obteve o mosquito, já estava tratado desde a fábrica com o insecticida para matar ou repelir mosquitos?	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8
22	Desde que obteve o mosquito, este foi alguma vez embebido ou mergulhado num líquido para matar ou repelir mosquitos ou percevejos?	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 24) ← SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 24) ← SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 24) ← SEM CERTEZA.....8
23	Há quanto tempo o mosquito foi embebido ou mergulhado pela última vez? SE MENOS DO QUE UM MÊS ANTES, REGISTE '00' MESES. SE MENOS DO QUE 2 ANOS ANTES, REGISTE MESES ANTES. SE '12 MESES ANTES' OU '1 ANO ANTES, ' INQUIRA SOBRE O NÚMERO EXACTO DE MESES.	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES <input type="text"/> MAIS DO QUE DOIS ANOS ANTES 95 SEM CERTEZA 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES <input type="text"/> MAIS DO QUE DOIS ANOS ANTES95 SEM CERTEZA..... 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES <input type="text"/> MAIS DO QUE DOIS ANOS ANTES 95 SEM CERTEZA98
24	Alguém dormiu debaixo este mosquito a noite passada?	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 26) ← SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 26) ← SEM CERTEZA..... 8	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 26) ← SEM CERTEZA.....8

¹ “Permanente” é um mosquiteiro tratado na fábrica que não requer mais tratamento nenhum.
² “Pré-tratado” é um mosquiteiro que foi pré-tratado, mas requer mais tratamento depois de 6-12 meses.

		MOSQUITEIRO #1	MOSQUITEIRO #2	MOSQUITEIRO #3
25	<p>Quem dormiu debaixo este mosquiteiro a noite passada?</p> <p>REGISTE O RESPECTIVO NÚMERO DE LINHA DO AGREGADO FAMILIAR</p>	<p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p>	<p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p>	<p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <input type="text"/></p>
26		<p>VOLTE PARA 18 PARA O PRÓXIMO MOSQUITEIRO; OU, SE NÃO HOUVER MAIS MOSQUITEIROS, VERIFIQUE NO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR AS MULHERES ELEGÍVEIS E INICIE UM QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA CADA UMA.</p>	<p>VOLTE PARA O 18 PARA O PRÓXIMO MOSQUITEIRO; OU, SE NÃO HOUVER MAIS MOSQUITEIROS, VERIFIQUE NO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR AS MULHERES ELEGÍVEIS E INICIE UM QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA CADA UMA.</p>	<p>VOLTE PARA O 18 NA PRIMEIRA COLUNA DO QUESTIONÁRIO; OU, SE NÃO HOUVER MAIS MOSQUITEIROS, VERIFIQUE NO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR AS MULHERES ELEGÍVEIS E INICIE UM QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA CADA UMA.</p>

MEDICÃO DA HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 6 Á 59 MESES

VERIFIQUE A COLUNA (7) DO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR: REGISTE O NO. DE LINHA, NOME E IDADE DE TODAS AS CRIANÇAS COM MENOS DE 6 ANOS. DEPOIS PERGUNTE A DATA DE NASCIMENTO.

CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS			MEDICÃO DA HEMOGLOBINA EM CRIANÇAS DE 6 Á 59 MESES DE IDADE						
NÚMERO DE LINHA DA COLUNA (9)	NOME DA COLUNA (2)	IDADE DA COLUNA. (7)	Qual a data do nasc. de (NOME)? PARA CRIANÇAS NÃO INCLUIDAS EM NENHUMA HISTÓRIA DE NASCIMENTOS, PERGUNTE O DIA, MÊS E ANO.	Marque se criança é elegível para medição (6 a 59 meses)	NÚMERO DE LINHA DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA REGISTE '00' SE NÃO ESTIVER LISTADO NO AGREGADO FAMILIAR	LEIA A DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA O PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA CIRCUNDE O CÓDIGO E ASSINE	RESULTADO MEDIDO 1 MEDIDO 2 AUSENTE 3 RECUSADO 4 OUTROS (ESPECIFIQUE) <hr/> [SE 2-4 SALTE A PROX. LINHA]	NÍVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)	
(27)	(28)	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)	(35)	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	DIA MÊS ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GARANTIDO 1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Para trabalho de campo a ter início em 2006, 2007 ou 2008, o ano deve ser 2001, 2002 ou 2003, respectivamente.			ASSINALE AQUI SE FOR USADO UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL <input type="checkbox"/>				DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO: Como parte desta pesquisa, estamos estudando anemia nas crianças. A anemia é um problema de saúde sério que resulta de fraca nutrição ou doenças como a malária. Esta pesquisa vai ajudar o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar esses importantes problemas de saúde. Pedimos que todas as crianças nascidas em 2001 ¹ ou mais tarde participem no teste de anemia parte desta pesquisa e deem algumas gotas de sangue de um dedo. O teste usa instrumentos esterilizados descartáveis que são limpos e completamente seguros. O sangue será analisado com equipamento novo e os resultados do teste serão mantidos confidenciais. Permita-me agora pedir que [NOME(S) DA(S) CRIANÇA(S)] participe(m) no teste de anemia. Entretanto, se decidir não testá-lo(s), é seu direito e nós respeitaremos a sua decisão. Agora, por favor diga-me se concorda em fazer o(s) teste(s).		

36	<p>VERIFIQUE 34:</p> <p>NÚMERO DE CRIANÇAS COM O NÍVEL DE HEMOGLOBINA ABAIXO DE 7 G/DL</p> <p style="text-align: center;"> UMA OU MAIS NENHUMA </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;"> ↓ ↓ </p> <p> DÊ A CADA PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA O RESULTADO DA MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA, E CONTINUE COM 37.¹ DÊ A CADA PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA O RESULTADO DA MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA E CONTINUE COM OUTRAS MEDIÇÕES SE APLICÁVEL. CASO CONTRÁRIO TERMINE A ENTREVISTA E VOLTE A PAGINA DE COBERTURA </p>	
37	<p>Nós detectamos um nível baixo de hemoglobina no sangue de [NOME DA CRIANÇA (S)]. Isso indica que [NOME DA CRIANÇA (S)] tem/desenvolveu anemia severa, que é um sério problema de saúde. Sugerimos que vá para _____ [O CENTRO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO] para receber tratamento apropriado para a condição de [NOME DA CRIANÇA(S)]. Aceita ir para esse centro para obter tratamento da anemia para [NOME DA CRIANÇA(S)]?</p>	
	NOME DA CRIANÇA COM HEMOGLOBINA ABAIXO DE 7 G/DL	NOME DOS PAIS/RESPONSÁVEIS ADULTOS
		CONCORDA COM O ENCAMINHAMENTO?
		SIM.....1 NÃO.....2
		SIM.....1 NÃO.....2
		SIM.....1 NÃO.....2
		SIM.....1 NÃO.....2
		SIM.....1 NÃO.....2
		SIM.....1 NÃO.....2
		SIM.....1 NÃO.....2
		SIM.....1 NÃO.....2
		SIM.....1 NÃO.....2
		SIM.....1 NÃO.....2

¹ Se mais do que uma criança tem abaixo de 7 g/dl, leia a declaração em Q.37 para cada pai/mãe/adulto responsável por uma criança que esteja abaixo do ponto limite.

MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA PARA MULHERES DE 15-49 ANOS

VERIFIQUE A COLUNA (7) DO AGREGADO FAMILIAR: REGISTE O NO. DA LINHA, NOME E IDADE DE TODAS AS MULHERES DE 15-49 ANOS.

MULHERES DE 15 - 49 ANOS				MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA EM MULHERES COM IDADES ENTRE 15-49 ANOS			
NÚMERO DA LINHA	NOME	IDADE	MULHER É GRAVÍDA	NO. DE LINHA DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA MULHER DE 15 Á 17 ANOS	LEIA A DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA A MULHER OU PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA MULHER DE 15 Á 17 ANOS CIRCUINDE O CÓDIGO E ASSINE	RESULTADO 1 MEDIDO 2 AUSENTE 3 RECUSADO 4 OUTRO (ESPECIFIQUE) [SE 2-4 SALTE A PROX. LINHA]]	NÍVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)
DA COL. (8)	DA COL. (2)	DA P. 103	1 SIM 2 NÃO	REGISTE '00' SE NÃO ESTIVER LISTADO NO QUEST. FAMILIAR	(43)	(44)	(45)
(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	GARANTIDO		
					RECUSADO		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARQUE AQUI SE FOR USADA FOLHA DE CONTINUAÇÃO AO <input type="checkbox"/>				DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO: Como parte desta pesquisa, estamos estudando anemia nas mulheres entre 15-49 nos. A anemia é um problema de saúde sério que resulta de fraca nutrição ou doenças como a malária. Esta pesquisa vai ajudar o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar esses importantes problemas de saúde.			
				Pedimos que todas as mulheres entre 15-49 anos participem no teste de anemia parte desta pesquisa e dêem algumas gotas de sangue de um dedo. O teste usa instrumentos esterilizados descartáveis que são limpos e completamente seguros. O sangue será analisado com equipamento novo e os resultados do teste serão lidos logo a seguir a retirada do sangue. Os resultados serão mantidos confidenciais.			
				Permita-me agora pedir que (NOME DA MULHER) participe no teste de anemia. Entretanto, se decidir não ser testada, é seu direito e nós respeitaremos a sua decisão. Agora, por favor diga-me se concorda em fazer o(s) teste(s).			

46	<p>VERIFIQUE 43: NÚMERO DE MULHERES COM IDADES ENTRE 15-49 ANOS COM NÍVEL DE HEMOGLOBINA ABAIXO DE 7 G/DL (OU ABAIXO DE 9 G/DL SI MULHER É GRÁVIDA)</p> <p>UMA OU MAIS <input type="checkbox"/> →</p> <p>NENHUMA <input type="checkbox"/> →</p> <p>DÉ A CADA MULHER [OU PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA PESSOA] O RESULTADO DA MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA, E CONTINUE COM 47.</p>	<p>DÉ A CADA MULHER [OU PAI/MÃE/ADULTO RESP. PELA MULHER] O RESULTADO DA MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA E CONTINUE COM OUTRAS MEDIÇÕES SE APLICÁVEL. CASO CONTRÁRIO, TERMINE A ENTREVISTA E VOLTE A PAGINA DE COBERTURA FAMILIAR.</p>
47	<p>Nós detectamos um nível baixo de hemoglobina no sangue de [NOME DA MULHER]. Isso indica que [NOME DA MULHER] tem/desenvolveu anemia severa, que é um sério problema de saúde. Sugerimos que vá para _____ [O CENTRO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO] para receber tratamento apropriado para a sua condição. Aceita ir para esse centro para obter tratamento da anemia para [NOME DA MULHER]?</p>	<p>CONCORDA COM O ENCAMINHAMENTO?</p> <p>SIM.....1</p> <p>NÃO.....2</p> <p>SIM.....1</p> <p>NÃO.....2</p> <p>SIM.....1</p> <p>NÃO.....2</p> <p>SIM.....1</p> <p>NÃO.....2</p> <p>SIM.....1</p> <p>NÃO.....2</p> <p>SIM.....1</p> <p>NÃO.....2</p> <p>SIM.....1</p> <p>NÃO.....2</p> <p>SIM.....1</p> <p>NÃO.....2</p> <p>SIM.....1</p> <p>NÃO.....2</p>
NOME DA MULHER ENTRE 15-49 ANOS	NOME DA MULHER OU PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	CONCORDA COM O ENCAMINHAMENTO?
C/NÍVEL DE HEMOG. ABAIXO DE 7 G/DL		SIM.....1
		NÃO.....2
		SIM.....1
		NÃO.....2
		SIM.....1
		NÃO.....2
		SIM.....1
		NÃO.....2
		SIM.....1
		NÃO.....2

TESTE DE MALÁRIA—CRIANÇAS DE 6 A 59 MESES
VERIFIQUE A COLUNA (9) DO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR: REGISTE O NO. DA LINHA E NOME DE TODAS AS CRIANÇAS DE 6 Á 59 MESES

CRIANÇAS 6 Á 59 MESES		TESTE DE MALÁRIA EM CRIANÇAS 6 Á 59 MESES					
NO. DA LINHA DA COL. (9) (E TAMBÉM DE MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA)	NOME DA COL. (2)	NO. DA LINHA DO PAI/MÃE OU ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA REGISTE '00' SE NÃO ESTIVER LISTADA NO PLANO FAMILIAR	LEIA A DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA O PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA CIRCUNDE O CÓDIGO E ASSINE	RESULTADO 1 TESTADO 2 AUSENTE 3 RECUSADO 4 OUTRO (ESPECIFIQUE) [SE 2-4 SALTE A PROX. LINHA]	RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA 1 POSITIVO >> LER OS AVISOS DA PRESCRIÇÃO 2 NEGATIVO 3 OUTRO	(SE PREPARA-SE GOTA ESPESSA) COLOCAR 1º CODIGO DE BARRA EM CAIXA ABAIXO, 2º EM LAMINA E 3º EM FOLHA DE TRANSMISSÃO	TRATAMENTO DADO 1-ACEITE 2-NEGADO 3-CONTRA-INDICADO
(48)	(49)	(50)	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	GARANTIDO 1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RECUSADO 1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<p>MARKUE AQUI SE FOR USADA FOLHA DE CONTINUAÇÃO</p> <p>DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO: Como parte desta pesquisa, estamos a estudar a malária nas crianças e mulheres grávidas. A malária é um problema sério de saúde causado por um parasita que é transmitido pela picada de um mosquito. Esta pesquisa vai ajudar o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a malária.</p> <p>Pedimos que todas as crianças nascidas em 2001¹ ou mais tarde participem no teste de malária, parte desta pesquisa, e deem algumas gotas de sangue de um dedo. O teste usa instrumentos esterilizados descartáveis que são limpos e completamente seguros. O sangue será analisado com equipamento novo e os resultados do teste ser-lhe-ão dados logo a seguir a retirada do sangue. Os resultados serão mantidos confidenciais. Permite-me agora pedir que [NOME(S) DA(S) CRIANÇA(S)] participe(m) no teste de anemia. Entretanto, se decidir não testá-la(s), é seu direito e nós respeitaremos a sua decisão. Agora, por favor diga-me se concorda em fazer o(s) teste(s).</p>							

TESTE DE MALÁRIA—MULHERES GRÁVIDAS (15-49 A.)
TESTE DE MALÁRIA PARA MULHERES GRÁVIDAS

VERIFIQUE A PERGUNTA 41 DO AGREGADO FAMILIAR: REGISTE O NÚMERO DA LINHA, NOME E IDADE DE TODAS AS MULHERES GRÁVIDAS ELEGÍVEIS.		TESTE DE MALÁRIA PARA MULHERES GRÁVIDAS							
MULHERES GRÁVIDAS		TESTE DE MALÁRIA PARA MULHERES GRÁVIDAS							
NO. DA LINHA DA COL. (8) E P. 38 PARA MULHERES GRÁVIDAS ELEGÍVEIS	NOME DA P. 39	IDADE DA P. 40	QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ TEM? REGISTE A IDADE GESTACIONAL EM MESES COMPLETOS E SEMANAS	NO. DE LINHA DA PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA MULHER GRÁVIDA DE 15-17 ANOS REGISTE '00' SE NÃO ESTIVER LISTADA NO PLANO FAMILIAR	LEIA A DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA A MULHER GRÁVIDA OU PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA MULHER GRÁVIDA DE 15-17 ANOS CIRCUDE O CÓDIGO E ASSINE	RESULTADO 1 MEDIDO 2 AUSENTE 3 RECUSADO 4 OUTRO (ESPECIFIQUE) ISE 2-4 SALTE A PROX. LINHA	RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA 1 POSITIVO>> LEIA OS AVISOS DA PRESCRIÇÃO 2 NEGATIVO 3 OUTRO	SE POSITIVO E A GRAVIDA, DÊ TRATAMENTO (MARQUE COM UM V ABAIXO SI OFERECIU TRATAMENTO)	TRATAMENTO O DADO 1-ACEITE 2-NEGADO 3-CONTRA-INDICADO
(56)	(57)	(58)	(59)	(60)	(61)	(62)	(63)	(64)	(65)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MESES SEMNAS	<input type="checkbox"/>	GARANTIDO 1 ASS. _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MESES SEMNAS	<input type="checkbox"/>	RECUSADO 1 ASS. _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MESES SEMNAS	<input type="checkbox"/>	1 ASS. _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MESES SEMNAS	<input type="checkbox"/>	1 ASS. _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MESES SEMNAS	<input type="checkbox"/>	1 ASS. _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MESES SEMNAS	<input type="checkbox"/>	1 ASS. _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		MARQUE AQUI SE FOR USADA FOLHA DE CONTINU AÇÃO <input type="checkbox"/>	<p>DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO: Como parte desta pesquisa estamos a estudar a malária nas crianças e mulheres grávidas. A malária é um problema sério de saúde causado por um parasita que é transmitido pela picada de um mosquito. Esta pesquisa vai ajudar o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a malária.</p> <p>Pedimos que todas as mulheres grávidas participem no teste de malária, parte desta pesquisa, e dêem algumas gotas de sangue de um dedo. O teste usa instrumentos esterilizados descartáveis que são limpos e completamente seguros. O sangue será analisado com equipamento novo e os resultados do teste ser-lhe-ão dados logo a seguir a retirada do sangue. Os resultados serão mantidos confidenciais.</p> <p>Permita-me agora pedir que (NOME DA MULHER GRÁVIDA) participe(m) no teste de malária. Entretanto, se decidir não testá-la(s), é seu direito e nós respeitaremos a sua decisão. Agora, por favor diga-me se concorda em fazer o(s) teste(s).</p>						

TESTE DE MALÁRIA E PRESCRIÇÃO

AVISOS DA PRESCRIÇÃO PARA OS CASOS POSITIVOS DE MALÁRIA EM MULHERES GRAVIDAS:
LEIA DECLARAÇÃO PARA AS MULHERES GRÁVIDAS QUE TENHAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

O teste deu um resultado positivo. Isso significa que você parece estar com malária. Nós podemos fornecer-lhe tratamento completo sem pagamento com um medicamento chamado QUININO®. A QUININO é bastante eficaz, e pode ajudar a ficar melhor em poucos dias. QUININO® é também segura. Entretanto, tal como acontece com todos os medicamentos, este medicamento pode provocar-lhe efeitos indesejados. Os mais comuns são dor de cabeça, mal-estar, sudoração, náusea, zumbido nos ouvidos, vertigem, visão fosca e mudança de percepção de cores. Pode haver reacções mais severas, incluindo perturbação de ritmo de coração, inchaço, e falha de coagulação de sangue. Se apresentar esse ou outro sintoma severo, usualmente eles desaparecem se pára de tomar medicação. Se está a amamentar um bebé, não haverá nenhum problema de tomar a medicação.

Embora VOCÊ deva sentir-se melhor depois do tratamento, você tem o direito de declinar receber o tratamento, sem repercussões para si. Por favor, diga-nos se aceita tratamento ou não.
ANOTE NA FOLHA DO TESTE DE MALÁRIA SE A RESPONDENTE CONCORDA OU DECLINA TRATAMENTO PARA SIM.

PRESCRIÇÃO DE QUININO

Dar 650 mg de Sulfato de QUININO (2 cápsulas de 324 mg c/u) cada 8 horas (três vezes diárias), preferivelmente com alimentação, por um total de 7 dias.

AVISOS DA PRESCRIÇÃO PARA OS CASOS POSITIVOS DE MALÁRIA EM CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS: LEIA DECLARAÇÃO PARA AS MULHERES COM CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS QUE TENHAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

O teste deu um resultado positivo. Isso significa que sua criança (s) parece estar com malária. Nós podemos fornecer-lhe tratamento completo sem pagamento com um medicamento chamado Coartem®. O Coartem é bastante eficaz, e pode em poucos dias livrar sua criança(s) da febre e de outros sintomas. O Coartem® é também muito seguro. Entretanto, tal como acontece com todos os medicamentos, este medicamento pode provocar-lhe efeitos indesejados. Os mais comuns são tontura, fadiga, falta de apetite, palpitações. O Coartem não deve ser tomado por pessoas com problemas de coração graves ou malária grave (por ex., cerebral), ou problemas que regulam os sais do seu corpo [PERGUNTE SE A CRIANÇA(S) TEM ALGUM DESSES PROBLEMAS, DE QUE TENHAM CONHECIMENTO; SE SIM, NÃO DE CORTEM. EXPLIQUE OS RISCOS DA MALÁRIA E ENCAMINHE-A(S) PARA O CENTRO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO].

Embora [NOME DA CRIANÇA (S)] deva sentir-se melhor depois do tratamento, você tem o direito de declinar [DAR À CRIANÇA(S)] o tratamento, sem repercussões para si [OU PARA A CRIANÇA(S)]. Por favor, diga-nos se aceita tratamento ou não.

ANOTE NA FOLHA DO TESTE DE MALÁRIA SE A RESPONDENTE CONCORDA OU DECLINA TRATAMENTO PARA [CADA UMA DE] SUA (S) CRIANÇA (S).

PRESCRIÇÃO DE COARTEM™

Peso (em Kg) – Idade aproximada	Dosagem *
5 a 14kg – menos de 3 anos de idade	1 comprimido 2 vezes por dia durante 3 dias
15 a 24kg – 3 a 8 anos de idade	2 comprimidos 2 vezes por dia durante 3 dias
25 a e 35 – 9 a 14 anos de idade	3 comprimidos 2 vezes por dia durante 3 dias
35 ou mais (adultos) – 15 + anos de idade	4 comprimidos 2 vezes por dia durante 3 dias

No primeiro dia começa-se tomando a primeira dose seguida da segunda 8 horas mais tarde; nos dias subsequentes a recomendação é simplesmente “de manhã” e à “noite” (habitualmente de 12 em 12 horas).

Inquérito dos Indicadores de Malária em Angola

Questionário Individual para Mulheres

**Ministério de Saúde
USAID/PMI, UNDP/GF**

Outubro 2006

**INQUÉRITO DOS INDICADORES DE MALÁRIA EM ANGOLA
QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA MULHERES**

[ANGOLA]
[COSEP-CONSULTORIA, LDA / CONSAÚDE]

IDENTIFICAÇÃO ¹																			
NOME DO BAIRRO / ALDEIA _____ NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____ NÚMERO DO CONGLOMERADO..... NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR..... PROVINCIA..... ÁREA (URBANO=1, RURAL=2) REGIÃO ENDÉMICA DA MALÁRIA <small>1 = Hiperendémica (Cabinda, Uíge, K. Norte, Malange, L. Norte, L. Sul) 2 = Mesoendémica Estável (Zaire, Luanda, Bengo, Benguela, K. Sul, Huambo, Bié) 3 = Mesoendémica Instável (Moxico, K. Kubango, Kunene, Huila, Namibe)</small> NOME E NÚMERO DE LINHA DA MULHER _____	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																		

VISITAS DA INQUIRIDORA																
	1	2	3	VISITA FINAL												
DATA NOME DA INQUIRIDORA RESULTADO*	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	DIA MÊS ANO CODIGO INQ RESULTADO												
PRÓXIMA VISITA: DATA HORA	_____ _____	_____ _____	_____ _____	NÚMERO TOTAL DE VISITAS <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: auto;"></div>												
* CÓDIGOS DE RESULTADO: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 COMPLETO</td> <td style="width: 25%;">4 RECUSADO</td> <td style="width: 25%;">7 OUTROS _____</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>2 FORA DE CASA</td> <td>5 PARCIALMENTE COMPLETADO</td> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 ADIADO</td> <td>6 INCAPACITADO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					1 COMPLETO	4 RECUSADO	7 OUTROS _____		2 FORA DE CASA	5 PARCIALMENTE COMPLETADO	(ESPECIFIQUE)		3 ADIADO	6 INCAPACITADO		
1 COMPLETO	4 RECUSADO	7 OUTROS _____														
2 FORA DE CASA	5 PARCIALMENTE COMPLETADO	(ESPECIFIQUE)														
3 ADIADO	6 INCAPACITADO															

PAÍS: INFORMAÇÃO ESPECÍFICA

LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO, LÍNGUA DO INQUÉRITO, LÍNGUA PRIMÁRIA DA RESPONDENTE, SE É USADO OU NÃO TADUTOR(A)

SUPERVISOR	EDITOR DO ESCRITÓRIO	DIGITALIZADO POR
NOME _____ DATA _____	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: auto;"></div>

¹ Esta secção deve ser adaptada de acordo com o plano específico da pesquisa do país.

² As seguintes directrizes devem ser usadas para categorizar pontos de amostra urbana: "Cidades grandes" são capitais nacionais e lugares com uma população de mais de 1 milhão de habitantes; "cidades pequenas" são lugares com uma população entre 50,000 e 1 milhão de habitantes; e as restantes amostras de pontos urbanos são "cidades".

SECÇÃO 1. ANTECEDENTES DA RESPONDENTE

APRESENTAÇÃO E CONSENTIMENTO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Olá. Chamo-me _____ e trabalho com (NOME DA ORGANIZAÇÃO). Estamos a levar a cabo uma pesquisa nacional sobre a malária. Gostaríamos muito de contar com a sua participação nessa pesquisa. A informação que nos fornecer vai ajudar o governo a planificar os serviços de saúde. A pesquisa leva habitualmente entre 20 e 30 minutos para estar completa. Seja qual for a informação que nos forneça será mantida estritamente confidencial e não será mostrada a outras pessoas. A participação nesta pesquisa é voluntária e você pode optar por não responder a nenhuma questão individual ou a todas as questões. Entretanto, esperamos que participe nessa pesquisa já que os seus pontos de vista são importantes.

Nesta altura, quer perguntar-me alguma coisa sobre a pesquisa?

Posso começar com o inquérito agora?

Assinatura da inquiridora: _____ Data: _____

A RESPONDENTE ACEITA SER INQUIRIDA..... 1 A RESPONDENTE NÃO ACEITA SER INQUIRIDA2 →FIM
↓

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	SALTO
101	REGISTE A HORA.	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Em que mês e ano você nasceu?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MÊS98 ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO9998	
103	Que idade você tinha no seu último aniversário? COMPARE E CORRIJA 102 E/OU 103 SE NÃO CONSISTENTES.	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/> COMPLETADOS	
104	Alguma vez frequentou a escola?	SIM1 NÃO2	→108
105	Qual o nível mais alto de escolaridade que frequentou: Ensino de base, médio ou superior? ¹	ENSINO DE BASE1 MEDIO2 SUPERIOR3	
106	Qual é a mais alta (classe/ano) que completou nesse nível? ¹	CLASSE/ANO <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	VERIFIQUE 105: ENSINO DE BASE <input type="checkbox"/> MÉDIO OU MAIS ALTO <input type="checkbox"/> _____ ↓		→201

¹ Reveja de acordo com o sistema educacional local.

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	SALTO
108	<p>Agora gostaria que lesse esta frase para mim.</p> <p>MOSTRE O CARTÃO ÀO RESPONDENTE.¹</p> <p>SE A RESPONDENTE NÃO PODER LER A FRASE COMPLETA, EXPLORE: Consegue ler alguma parte da frase para mim?</p>	<p>NÃO CONSEGUE LER NEM UM POUCO.....1</p> <p>CAPAZ DE LER APENAS ALGUMAS PARTES DA FRASE.....2</p> <p>CAPAZ DE LER TODA FRASE.....3</p> <p>SEM CARTÃO COM LÍNGUA REQUERIDA.....4 (ESPECIFIQUE LÍNGUA)</p> <p>CEGO/COM DIFICULDADE VISUAL..... 5</p>	

¹Cada cartão deve ter quatro frases simples apropriadas para o país (por ex., “Os pais amam os seus filhos”, “Trabalhar no campo é duro”, “A criança está a ler um livro”, “As crianças trabalham muito na escola”). Os cartões devem ser preparados para todas as línguas em que as respondentes mais provavelmente possam ser literadas.

Secção 2. REPRODUÇÃO

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	SALTO								
201	Agora gostaria de questioná-la sobre todos os partos que teve na sua vida. Alguma vez deu a luz?	SIM..... 1 NÃO..... 2	→206								
202	Teve algum filho ou filha a que deu a luz que viva consigo agora?	SIM..... 1 NÃO..... 2	→204								
203	Quantos filhos vivem consigo? E quantas filhas vivem consigo? SE NENHUM(A), REGISTE '00'.	FILHOS EM CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILHAS EM CASA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Teve algum filho ou filha a que deu a luz que esteja vivo(a) mas não viva consigo?	SIM..... 1 NÃO..... 2	→206								
205	Quantos filhos estão vivos mas não vivem consigo? E Quantas filhas estão vivas mas não vivem consigo? SE NENHUM(A), REGISTE '00'.	FILHOS NOUTROS LUGARES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILHAS NOUTROS LUGARES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Deu a luz a alguma criança que tenha nascido viva mas depois faleceu? SE NÃO, EXPLORE: Alguma criança que chorou ou deu sinais de vida mas não sobreviveu?	SIM..... 1 NÃO..... 2	→208								
207	Quantos rapazes faleceram? E quantas raparigas faleceram? SE NENHUM(A), REGISTE '00'.	RAPAZES FALECIDOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> RAPARIGAS FALECIDAS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	SOME AS RESPOSTAS PARA 203, 205, E 207, E INTRODUZA O TOTAL.	NENHUM.....00 TOTAL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			→345						
209	VERIFIQUE 208: Apenas para certificar-me de que tenho isto certo: você teve no TOTAL ____ nascimentos na sua vida. Certo? SIM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> NÃO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> → EXPLORE E CORRIJA 201-208 COMO FÔR NECESSÁRIO										
210	VERIFIQUE 208: UM NASCIMENTO DOIS OU MAIS NASCIMENTOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> Essa criança nasceu nos últimos seis anos? Quantas dessas crianças nasceram nos últimos seis anos? SE NÃO, CIRCUNDE '00.'			NENHUM(A).....00 TOTAL NOS ÚLTIM. 6 ANOS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			→345				

211 Agora eu gostaria de registar os nomes de todas as crianças a que deu a luz nos últimos seis anos (desde 2001), quer estejam viva quer não, a começar pelo primeiro até ao mais recente que teve. REGISTE OS NOMES DE TODAS AS CRIANÇAS NASCIDAS NOS ÚLTIMOS SEIS ANOS EM 212. REGISTE GÊMEOS E TRIGÊMEOS EM LINHAS SEPARADAS.									
212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Que nome foi dado ao seu (primeiro/próximo) bebé? (NOME)	Algum desses partos foi de gémeos?	É (NOME) um rapaz ou uma rapariga?	Em que mês e ano nasceu (NOME) ?	Continua (NOME) vivo (a)?	Quantos anos tinha (NOME) no seu último aniversário ? REGISTE A IDADE EM ANOS COMPLETOS.	Está (NOME) a viver consigo?	REGISTE O No. DA LINHA DO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR PARA CRIANÇA (REGISTE '00' SE A CRIANÇA NÃO ESTIVER LISTADA NO AGREGADO)	Quantos anos tinha (NOME) quando ele/ela faleceu? SE '1 ANO',EXPLORE: Quantos meses tinha (NOME)? REGISTE OS DIAS SE MENOS DO QUE 1 MÊS; MESES SE MENOS DO QUE 2 ANOS; OU ANOS.	Houve alguma outra criança que esteja viva entre (NOME DA CRIANÇA ANTERIOR) e (NOME)?
01	UNICO 1 MULT ..2	RAPAZ....1 RAPARIGA2	MÊS..... ANO	SIM 1 NAO2 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	No. DA LINHA (PRÓXIMO NASCIM.)	DIAS..... 1 MESES.....2 ANOS..... 3	
02	ÚNICO 1 MULT ..2	RAPAZ....1 RAPARIGA2	MÊS..... ANO	SIM 1 NÃO2 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	NO. DA LINHA 220	DIAS..... 1 MESES.....2 ANOS..... 3	SIM..... 1 NÃO 2
03	ÚNICO 1 MULT ..2	RAPAZ....1 RAPARIGA2	MÊS..... ANO	SIM 1 NÃO2 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	NO. DA LINHA 220	DIAS..... 1 MESES.....2 ANOS..... 3	SIM..... 1 NÃO 2
04	ÚNICO 1 MULT ..2	RAPAZ....1 RAPARIGA2	MÊS..... ANO	SIM 1 NÃO2 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	NO. DA LINHA 220	DIAS..... 1 MESES.....2 ANOS..... 3	SIM..... 1 NÃO 2
05	ÚNICO 1 MULT ..2	RAPAZ....1 RAPARIGA2	MÊS..... ANO	SIM 1 NÃO2 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	NO. DA LINHA 220	DIAS..... 1 MESES.....2 ANOS..... 3	SIM..... 1 NÃO 2
06	ÚNICO 1 MULT ..2	RAPAZ1 RAPARIGA2	MÊS..... ANO	SIM 1 NÃO2 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	NO. DA LINHA 220	DIAS..... 1 MESES.....2 ANOS..... 3	SIM..... 1 NÃO 2
07	ÚNICO 1 MULT ..2	RAPAZ1 RAPARIGA2	MÊS..... ANO	SIM 1 NÃO2 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	NO. DA LINHA 220	DIAS..... 1 MESES.....2 ANOS..... 3	SIM..... 1 NÃO 2

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	SALTO				
222	Teve alguma criança viva depois do nascimento de (NOME DA CRIANÇA MAIS RECENTE)? SE SIM, REGISTE O(S) NASCIMENTO(S) NA TABELA DE NASCIMENTOS.	SIM.....1 NÃO.....2					
223	<p>COMPARE 210 COM O NUMERO DE NASCIMENTOS NA HISTÓRIA ACIMA E MARQUE:</p> <p>NÚMEROS SÃO OS MESMOS <input type="checkbox"/> NÚMEROS SÃO DIFERENTES <input type="checkbox"/> → (INVESTIGUE E RECONCILIE)</p> <p>VERIFIQUE: PARA CADA NASCIMENTO, O MÊS E ANO DE NASCIMENTO ESTÁ REGISTRADO:</p> <p>PARA CADA CRIANÇA VIVA, A IDADE ACTUAL ESTÁ REGISTRADA:</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
224	VERIFIQUE 215 E INTRODUZA O NUMERO DE NASCIMENTOS EM 2001 ¹ OU MAIS TARDE. SE NENHUM, REGISTE '0'.		<input type="checkbox"/>				
225	Você está grávida agora?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO TEM CERTEZA.....8	→227				
226	SE SIM, VERIFIQUE O QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR COLUNA 63 E REGISTE O NUMERO DE MESES COMPLETADOS E SEMANAS DE GRAVIDEZ.	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>MESES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>SEMANAS</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MESES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SEMANAS	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MESES						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SEMANAS						
227	VERIFIQUE 224: UMA OU MAIS CRIANÇAS NASCIDAS 2001+ <input type="checkbox"/> SEM CRIANÇAS NASCIDAS 2001+ <input type="checkbox"/>		→301				
227A	VERIFIQUE 215 E 216: UMA OU MAIS CRIANÇAS FALECIDAS <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/>		→301				
227B	VERIFIQUE P.220 E INTRODUZA O NUMERO DAS CRIANÇAS FALECIDAS COM MENOS DE 29 DIAS DE IDADE AO FALECER. SE NENHUMA CRIANÇA, NOTE "0."		<input type="checkbox"/>				
227C	VERIFIQUE P.220 E INTRODUZA O NUMERO DAS CRIANÇAS FALECIDAS COM IDADE ENTRE 29 DIAS E MENOS DE 5 ANOS DE IDADE AO FALECER. SE NENHUMA CRIANÇA, NOTE "0."		<input type="checkbox"/>				
¹ Para trabalho de campo a iniciar em 2006, 2007, ou 2008, o ano deve ser 2001, 2002, ou 2003, respectivamente.							

AUTÓPSIA VERBAL – MORTE DE UMA CRIANÇA COM MENOS DE 29 DIAS									
PARA CADA UMA DAS CRIANÇAS QUE FALECEM COM MENOS DE 29 DIAS DE NASCIMENTO, COMPLETAR UMA COLUNA DO SEGUINTE FORMULÁRIO. SE HOUVER MAIS DE 2 CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS.									
228	Gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre os sintomas que a(s) criança(s) que faleceu(ram) antes de completar(em) 29 dias de idade tiveram ou mostraram quando estava(m) doentes. Algumas dessas perguntas podem ser dolorosas e você pode optar por não respondê-las; além disso elas podem não parecer estar directamente relacionadas com a morte da(s) criança(s). Por favor, tenha paciência comigo e responda às perguntas da melhor maneira que puder. Elas vão ajudar-nos a ter uma imagem mais clara de todos os sintomas possíveis que a criança falecida teve.								
228A	ESCREVA O NOME E O NÚMERO DA LINHA DA CRIANÇA FALECIDA A PARTIR DE 212	NÚMERO DA LINHA <input type="text"/>	NOME _____			NÚMERO DA LINHA <input type="text"/>	NOME _____		
228B	Como você está <u>de saúde</u> ?	BEM.....1 DOENTE.....2 OUTRO.....6 (ESPECIFIQUE)							
228C	O parto de (NOME) foi um parto difícil?	SIM.....1 NÃO.....2				SIM.....1 NÃO.....2			
228D	Você teve convulsões antes do parto de (NOME)?	SIM.....1 NÃO.....2				SIM.....1 NÃO.....2			
228E	Você tem/teve tensão alta?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8				SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8			
228F	Você teve uma doença febril/temperatura alta no momento do parto de (NOME)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8				SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8			
228G	Durante a gravidez de (NOME) você sofreu de alguma dessas doenças: Diabete (AÇUCAR NO SANGUE)? Doença do Coração? TUBERCULOSE? Epilepsia (GOTA)?		SIM	NAO	NS		SIM	NAO	NS
		DIABETE (AÇUCAR NO SANGUE)	1	2	8	DIABETE (AÇUCAR NO SANGUE)	1	2	8
		D. CORA.	1	2	8	D. CORA.	1	2	8
		TB	1	2	8	TB	1	2	8
		EPILEP.	1	2	8	EPILEP.	1	2	8
229	Durante a gravidez de (NOME) você teve algum controlo pré-natal?	SIM.....1 NÃO.....2				SIM.....1 NÃO.....2			
229A	Onde teve o parto de (NOME)?	CASA.....1 HOSPITAL/CENTRO MÉDICO.....2 EM TRÂNSITO(IDA).....3 NOUTRO LUGAR.....4				CASA.....1 HOSPITAL/CENTRO MÉDICO.....2 EM TRÂNSITO(IDA).....3 NOUTRO LUGAR.....4			
229B	Quem assistiu o parto de (NOME)?	NINGUÉM.....1 PARTEIRA TRADICIONAL.....2 PROFISSIONAL DE SAÚDE.....3 NÃO SABE.....8				NINGUÉM.....1 PARTEIRA TRADICIONAL.....2 PROFISSIONAL DE SAÚDE.....3 NÃO SABE.....8			
229C	Você apanhou vacina contra Tétano quando estava grávida de (NOME)?	SIM.....1 NÃO.....229E. ←.....2 NÃO SABE.....229E. ←.....8				SIM.....1 NÃO.....229E. ←.....2 NÃO SABE.....229E. ←.....8			
229D Filtro	Se sim, quantas vacinas contra Tétano apanhou?	NUMERO DE VACINAS..... <input type="text"/>				NUMERO DE VACINAS..... <input type="text"/>			
229E	(NOME) era unico ou gêmeo ?	UNICO.....1 GÊMEO.....2				UNICO.....1 GÊMEO.....2			
229F	O parto de (NOME) foi um parto com fórceps/ferro ou com vácuo/ventosa?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8				SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8			
229G	Foi um parto por cesariana?	SIM.....1 NÃO.....2				SIM.....1 NÃO.....2			

229H	Quantas horas demorou o parto?	HORAS...../___/___ NÃO SABE.....98	HORAS...../___/___ NÃO SABE.....98
229I	O saco amniótico (bolsa de água) rebentou 1 dia ou mais antes do nasc. de (NOME)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
229J	(NOME) nasceu prematuro(a) (antes do tempo)?	SIM.....1 NÃO.....229L.←.....2 NÃO SABE.....229L.←.....8	SIM.....1 NÃO.....229L.←.....2 NÃO SABE.....229L.←.....8
229K	Com quantos meses é semanas de gravidez? (INSERIR NUMERO DE MESES E SEMANAS)	MESES..... SEMANAS.....	MESES..... SEMANAS.....
229L	(NOME) mexia-se no útero antes do trab. de parto?	SIM.....229N.←.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....229N.←.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
229M	Se não, a criança respirava depois do parto?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
229N	A criança estava morta no parto?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
229O	O cordão umbilical saiu antes do nascim. do bebé?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
FAÇA ESSAS PERGUNTAS SE A CRIANÇA TIVER NASCIDO VIVA			
230	(NOME) chorou imediatamente a seguir ao nascimento?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230A	(NOME) era capaz de mamar logo de nascer?	SIM.....230C.←.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....230C.←.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230B	Se não, o problema de mamar era com a criança ou com você?	COM A MAE.....1 COM A CRIANÇA.....2 OUTRO.....6 (ESPECIFIQUE)	COM A MAE.....1 COM A CRIANÇA.....2 OUTRO.....6 (ESPECIFIQUE)
230C	(NOME) foi pesado(a) depois de ter nascido?	SIM.....1 NÃO.....230E.←.....2 NÃO SABE.....230E.←.....8	SIM.....1 NÃO.....230E.←.....2 NÃO SABE.....230E.←.....8
230D	Quanto (NOME) pesava? (SE NÃO LEMBRA 9998)	PESO EM GRAMAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESO EM GRAMAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
230E	Havia alguma mancha ou sinal de lesões no corpo de (NOME) depois do nascimento?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230F	Qual era a cor da pele de (NOME) depois do nascimento: normal, púrpura ou pálida?	NORMAL.....1 PÚRPURA.....2 PÁLIDA.....3 NÃO SABE.....8	NORMAL.....1 PÚRPURA.....2 PÁLIDA.....3 NÃO SE SABE.....8
230G	Os braços/pernas De (NOME) tinham força?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230H	(NOME) tinha alguma mal formação ao nascer?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230I	A cor dos olhos de (NOME) tornou-se amarelada (icterícia) depois de nascimento?	SIM.....1 NÃO.....230K.←.....2 NÃO SABE.....230K.←.....8	SIM.....1 NÃO.....230K.←.....2 NÃO SABE.....230K.←.....8
230J	Quantos dias depois do nascimento?	DIAS DEPOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS DEPOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
230K	(NOME) teve algum problema com o cordão umbilical ou umbigo?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230L	(NOME) teve febre?	SIM.....1 NÃO.....230M.←.....2 NÃO SABE.....230M.←.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8

Pesquisa Indicadora de Malária em Angola:

Documentação Básica

Componente Nuclear 2— Questionário Individual para Mulheres

8

230L-2 Filtro	Quantos dias?	DIAS DE FEBRE..... <input type="text"/>	DIAS DE FEBRE..... <input type="text"/>
230M	(NOME) teve convulsões/esticação?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230N	Durante o período da doença (NOME) teve zonas da pele avermelhadas, a descamar ou erupção cutânea/comichão com borbulhas contendo pus?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230O	(NOME) tossia?	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
230P	(NOME) teve dificuldade em respirar?	SIM.....1 NÃO.....230S. ←.....2	SIM.....1 NÃO.....2
230Q	Se sim, ele (ela) tinha respiração rápida?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230R	A criança teve uma respiração funda?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230S	(NOME) vomitava?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230T	(NOME) tinha diarreia?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230U	(NOME) era incapaz de mamar quando estava doente?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230V	Havia abaulamento na fontanela de (NOME)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230W	(NOME) teve alguma lesão, acidente....?	LESÃO.....1 ACIDENTE.....2 NEM 1 NEM 2.....230Y. ←.....3 NÃO SABE.....230Y. ←.....8	LESÃO.....1 ACIDENTE.....2 NEM 1 NEM 2.....230Y. ←.....3 NÃO SABE.....230Y. ←.....8
230X Filtro	(SE A RESPOSTA A 230W É 1 ou 2): que tipo de lesão ou acidente?
230Y	Durante a doença que a levou à morte, a criança ficou inconsciente?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230Z	toLugar do falecimen	sCaa.....1 IEstabl.Saúde.....2 ESPECIFIQUE Outro lugar.....3	Casa.....1 Establ.Saúde.....2 ESPECIFIQUE Outro lugar.....3
230Z1	Data do falecimento	DIA..... <input type="text"/> MÊS..... <input type="text"/> ANO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MÊS..... <input type="text"/> ANO..... <input type="text"/>
230Y1	VERIFIQUE 215, 216 E 220 UMA OU MAIS CRIANÇAS FALECIDAS COM IDADE ENTRE 29 DIAS E MENOS DE 5 ANOS <input type="checkbox"/> continue	NENHUMA <input type="checkbox"/>	→301
230Y2	VERIFIQUE P.220 E INTRODUZA O NÚMERO DAS CRIANÇAS FALECIDAS COM IDADE ENTRE 29 DIAS E MENOS DE 5 ANOS DE IDADE AO FALECER. E CONTINUE COM P.231. SE NENHUMA CRIANÇA, REGISTE "0" E CONTINUE COM P.301.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

		AUTÓPSIA VERBAL – MORTE DE UMA CRIANÇA COM IDADE ENTRE 29 DIAS A MENOS DE 5 ANOS			
231	PARA CADA UMA DAS CRIANÇAS QUE FALECERAM COM IDADE ENTRE 29 DIAS E MENOS DE 5 ANOS, COMPLETAR UMA COLUNA DO SEGUINTE FORMULÁRIO. SE HOUVER MAIS DE 2 CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS.				
231A	NAO LEIA ESTA INTRODUÇÃO SE JÁ FOI LIDA (CASO DA MULHER QUE PERDEU UMA CRIANÇA –OU MAIS- COM MENOS DE 29 DIAS). Gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre os sintomas que a(s) criança(s) que faleceu(ram) entre 29 dias a menos de 5 anos tiveram ou mostraram quando estava(m) doentes. Algumas dessas perguntas podem ser dolorosas e você pode optar por não respondê-las; além disso elas podem não parecer estar directamente relacionadas com a morte da(s) criança(s). Por favor, tenha paciência comigo e responda às perguntas da melhor maneira que poder. Elas vão ajudar-nos a ter uma imagem mais clara de todos os sintomas possíveis que a criança falecida teve.				
232	ESCREVA O NOME E O NUMERO DA LINHA DA CRIANÇA FALECIDA A PARTIR DE 212	NÚMERO DA LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DA LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	NOME _____	NOME _____
233	(NOME) era pequeno(a) ao nascer?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		
234	(NOME) nasceu prematuro(a)/antes do tempo?	SIM.....1 NÃO.....236.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....236.....2 NÃO SABE.....8		
235	Se sim, com quantos meses é semanas de gravidez?	MESES..... SEMANAS..... NÃO SABE.....98	MESES..... SEMANAS..... NÃO SABE.....98		
236	(NOME) mamava?	SIM.....1 NÃO.....238.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....238.....2 NÃO SABE.....8		
237	(NOME) parou de mamar antes de falecer?	SIM, PAROU.....1 NÃO PAROU.....2 NÃO SABE.....8	SIM, PAROU.....1 NÃO PAROU.....2 NÃO SABE.....8		
238	(NOME) teve febre?	SIM.....1 NÃO.....240.....2 NÃO SABE.....240.....8	SIM.....1 NÃO.....240.....2 NÃO SABE.....240.....8		
239	A febre era contínua ou ia e vinha?	CONTINUA.....1 IA E VINHA.....2 NÃO SABE.....8	CONTINUA.....1 IA E VINHA.....2 NÃO SABE.....8		
240	(NOME) teve convulsões?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		
241	(NOME) teve tosse?	SIM.....1 NÃO.....243.....2 NÃO SABE.....243.....8	SIM.....1 NÃO.....243.....2 NÃO SABE.....243.....8		
242	A tosse era seca, produtiva, com sangue?	SECA.....1 PRODUTIVA.....2 COM SANGUE.....3 NÃO SABE.....8	SECA.....1 PRODUTIVA.....2 COM SANGUE.....3 NÃO SABE.....8		
243	(NOME) tinha dificuldade em respirar?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		
244	Ele (ela) tinha respiração rápida?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		
245	(NOME) teve uma respiração funda/respirava fundo (respirava nas costelas)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		
246	(NOME) vomitava?	SIM.....1 NÃO.....251.....2 NÃO SABE.....251.....8	SIM.....1 NÃO.....251.....2 NÃO SABE.....251.....8		

247 Filtro	Ele (ela) vomitava sangue?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
248	(NOME) tinha uma massa (dura) no abdómen (barriga)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
249	(NOME) tinha distensão do abdómen ou a barriga ficou dilatada?	SIM.....1 NÃO.....251.....2 NÃO SABE.....251.....8	SIM.....1 NÃO.....251.....2 NÃO SABE.....251.....8
250 Filtro	A distensão começou de repente ou gradualmente a medida que os dias passavam?	DE REPENTE.....1 GRADUALMENTE.....2 NÃO SABE.....8	DE REPENTE.....1 GRADUALMENTE.....2 NÃO SABE.....8
251	(NOME) teve diarreia?	SIM.....1 NÃO.....253.....2 NÃO SABE.....253.....8	SIM.....1 NÃO.....253.....2 NÃO SABE.....253.....8
252 Filtro	Ele (ela) teve diarreia com sangue?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
253	(NOME) teve dores abdominais?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
254	(NOME) perdeu peso?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
255	(NOME) teve feridas na boca?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
256	(NOME) teve anemia/parecia pálida (nos dedos ou nas palmas dos pés)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
257	Os lábios da criança escureceram?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
258	(NOME) teve inchaço da face/cara?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
259	(NOME) teve o corpo inteiro inflamado?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
260	A côr dos olhos tornou-se amarelada (icterícia)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
261	(NOME) teve o tornozelo dilatado? (mostre essa parte do corpo)	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
262	(NOME) teve inflamação nas articulações?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
263	(NOME) teve sarampo?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
264	(NOME) teve alguma outra doença de pele?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
265	Ele (ela) sentia mais sono que o normal?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
266	Ele (ela) teve dor no pescoço?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
267	(NOME) teve dor de cabeça?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
268	(NOME) endureceu o corpo inteiro (antes da morte)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
269	Ele (ela) teve perda de consciência?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8

270	(NOME) teve desmaios?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
271	(NOME) teve paralisia das duas pernas?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
272	(NOME) era incapaz de urinar?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
273	Ele (ela) urinava com sangue?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
274	Algum cão mordeu a criança?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
275	Ele (ela) foi mordido(a) por algum outro animal ou insecto?	SIM.....1 NÃO.....277.....2 NÃO SABE.....277.....8	SIM.....1 NÃO.....277.....2 NÃO SABE.....277.....8
276	Que tipo de animal ou insecto? (ESCREVA O NOME)	_____	_____
277	(NOME) foi ferida num acidente rodoviário?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
278	(NOME) sofreu algum outro ferimento acidental antes da morte?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
279	(NOME) foi intencionalmente ferida por alguém/aleijado(a) de propósito?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8

Secção 5. GRAVIDEZ E TRATAMENTO PREVENTIVO INTERMITENTE

301	INTRODUZA EM 302 O NOME E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DO NASCIMENTO MAIS RECENTE EM ULTIMOS 6 ANOS. Agora eu gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua última gravidez que terminou num parto de criança viva, nos últimos 6 anos.		
302	DA QUESTÕES 212 E 216:	<p align="center">ÚLTIMO NASCIMENTO</p> <p>NOME _____</p> <p>VIVO MORTO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	SALTA
303	Quando estava grávida de (NOME), consultou alguém para consulta prenatal? ¹ SE SIM: Quem você consultou? Alguém mais? EXPLORE O TIPO DE PESSOA E REGISTE TODAS AS PESSOAS CONSULTADAS.	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE</p> <p>MÉDICOA</p> <p>ENFERMEIRA/PARTEIRA.....B</p> <p>PARTEIRA AUXILIAR.....C</p> <p>OUTRA PESSOA</p> <p>PARTEIRA</p> <p>TRADICIONALD</p> <p>OUTRO.....X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUÉM.....Y</p>	
304	Durante essa gravidez tomou algum medicamento para proteger-se contra a malária?	<p>SIM1</p> <p>NÃO2</p> <p>NÃO SABE8</p>	<input type="checkbox"/> →309A
305	Que medicamentos tomou para protecção contra a malária? ² Algun outro medicamento? REGISTE TODOS OS MENCIONADOS. SE, O TIPO DE MEDICAMENTOS NAO FÔR DETERMINADO, MOSTRE MEDICAMENTOS TÍPICOS CONTRA A MALÁRIA À RESPONDENTE.	<p>SP/FANSIDAR.....A</p> <p>CLOROQUINAB</p> <p>OUTRO.....X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE.....Z</p>	
306	VERIFIQUE 305: MEDICAMENTOS TOMADOS PARA PREVENÇÃO DA MALÁRIA	<p>CÓDIGO "A" CÓDIGO "A"</p> <p>CIRCUNDADO NÃO CIRCUNDADO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	→309A
307	Quantas vezes você tomou SP/Fansidar durante essa gravidez?	VEZES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

¹Categorias de códigos a serem desenvolvidas localmente e revistas com base no preteste; entretanto, as categorias amplas devem ser mantidas. Inclua todos os medicamentos ou combinações de medicamentos que são habitualmente dados em categorias separadas.

² Acrescente categorias de resposta para medicamentos adicionais usados para prevenção contra a malária durante a gravidez, se algum. Repita as Questões 306-309 para qualquer outro TPI recomendado.

308	VERIFIQUE 303: TRATAMENTO PRENATAL DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE RECEBIDO DURANTE ESSA GRAVIDEZ?	CÓDIGO 'A', 'B', OU 'C' <input type="checkbox"/>	OUTRO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/>	→309A
309	Você recebeu SP/Fansidar durante uma consulta prenatal, durante uma outra consulta num centro de saúde, ou de alguma outra fonte?	CONSULTA PRENATAL.....1 CONSULTA NOUTRO CENTRO.....2 OUTRA FONTE.....6 (ESPECIFIQUE)		
309A	Quem assistiu ao parto de (NOME)? Alguém mais? SONDA SOBRE TIPOS DE PESSOAL E REGISTE TODOS OS MENCIONADOS. SE A RESPONDENTE DIZE QUE NINGUEN ASISTIOU, INVESTIGUE PARA DETERMINAR SI ALGUM ADULTO ESTEVE PRESENTE NO MOMENTO DE PARTO	PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO.....A ENFERMEIRA/PARTEIRA.....B PARTEIRA AUXILIAR.....C OUTRA PESSOA PARTEIRA TRADICIONAL.....D PARENTE-AMIGO.....E OUTRO.....X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM.....Y		
309B	Onde deu à luz a (NOME)? SONDE PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCUNDE O CODIGO APROPRIADO SE NÃO PODE DETERMINAR SE OI HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE CLINICA É PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVER O NOME DO LUGAR. _____ (NOME DO LUGAR)	EM CASA MINHA CASA.....11 OUTRA CASA.....12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL.....21 CENTRO DE SAÚDE.....22 POSTO DE SAÚDE.....23 OUTRO PUBLICO26 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLINICA.....31 OOTRO PRIVADO36 (ESPECIFIQUE) OOTRO.....96 (ESPECIFIQUE)		
Agora irei fazer para você algumas perguntas ou afirmações sobre Paludismo.				
309C	Para você existe alguma diferença entre Paludismo e Malária?	Sim.....1 Não.....2 Não Sabe.....8		(Salta a 309E).
309D	Para você qué é paludismo? (DESCRIVIR)	Paludismo é..... Não Sabe.....8		
309D1	Para você qué é malária? (DESCRIVIR)	Malária é..... Não Sabe.....8		
309E	Na sua comunidade/Bairro tem havido encontro com autoridades acerca da prevenção do paludismo?	SIM.....1 NÃO.....2 Não Sabe.....8		

310. VERIFIQUE SE MULHER TEM UMA CRIANÇA DE MENOS DE 5 ANOS E SE SIM CONTINUE COM A SECÇÃO 6: FEBRE EM CRIANÇAS DE MENOS DE 5 ANOS.

SECÇÃO 6. FEBRE NAS CRIANÇAS DE MENOS DE 5 ANOS

311	<p>VERIFIQUE EM Q. 215 À 219 CRIANÇAS VIVAS QUE VIVEM COM A MÃE E TEM MENOS DE 5 ANOS. INTRODUZA NA TABELA O NÚMERO DE LINHA E O NOME DESSAS CRIANÇAS ELEGÍVEIS. (E SE HOUVER MAIS DO QUE 2 CRIANÇAS VIVAS ELEGÍVEIS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS).</p> <p>Agora eu gostaria de fazer-lhe algumas perguntas acerca da saúde das suas crianças com menos de 5 anos de idade. (Falaremos de cada uma delas separadamente).</p>		
312	<p>NOME E NÚMERO DA LINHA A PARTIR DE 212</p>	<p align="center">CRIANÇA MAIS RECENTE</p> <p>NÚMERO DA LINHA..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p>	<p align="center">CRIANÇA ANTERIOR À MAIS RECENTE</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p>
313	<p>O/A (NOME) teve febre alguma vez nas últimas 2 semanas?</p>	<p>SIM..... 1 NÃO 2 (VÁ PARA 313 P/ SEGUINTE CRIANÇA OU, SE NAO HOUVER MAIS ◀ _____ CRIANÇAS, SALTE PARA 345) NÃO SABE..... 8</p>	<p>SIM..... 1 NÃO 2 (VÁ PARA 313 P/ SEGUINTE CRIANÇA OU, SE NAO HOUVER MAIS ◀ _____ CRIANÇAS, SALTE PARA 345) NÃO SABE..... 8</p>
314	<p>Há quantos dias começou a febre? SE MENOS DE UM DIA, REGISTE '00'.</p>	<p>DIAS ANTES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE.....98</p>	<p>DIAS ANTES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE.....98</p>
315	<p>Procurou por aconselhamento ou tratamento para a febre em algum sítio?</p>	<p>SIM..... 1 NÃO 2 (SALTE PARA 317)◀_____ </p>	<p>SIM..... 1 NÃO 2 (SALTE PARA 317) ◀_____ </p>
316	<p>A onde procurou algum aconselhamento ou tratamento? Em algum outro lugar? REGISTE TODAS AS FONTES MENCIONADAS.</p>	<p>SECTOR PÚBLICO HOSPITAL ESTATAL.....A CENTRO DE SAÚDE ESTATAL.....B POSTO DE SAÚDE ESTATAL.....C CLÍNICA MÓVEL.....D TRABALHADOR DE CAMPANHA...E EMPRESA PUBLICA.....F (CARACTERISTICA PRIVADA) OUTRO PÚBLICO.....G (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL PRIVADO/CLÍNICA.....G FARMÁCIA.....H MÉDICO PRIVADO.....I CLÍNICA MÓVEL.....J TRABALHADOR DE CAMPANHA...K OUTRA UNIDADE DE SAÚDE PRIVADA.....L (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE LOJA.....M PROVEDOR/CENTRO TRADICIONAL.....N</p> <p>OUTROX (ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO HOSPITAL ESTATAL.....A CENTRO DE SAÚDE ESTATAL.....B POSTO DE SAÚDE ESTATAL.....C CLÍNICA MÓVEL.....D TRABALHADOR DE CAMPANHA...E EMPRESA PUBLICA.....F (CARACTERISTICA PRIVADA) OUTRO PÚBLICO.....G (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL PRIVADO/CLÍNICA.....G FARMÁCIA.....H MÉDICO PRIVADO.....I CLÍNICA MÓVEL.....J TRABALHADOR DE CAMPANHA...K OUTRA UNIDADE DE SAÚDE PRIVADA.....L (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE LOJA.....M PROVEDOR/CENTRO TRADICIONAL.....N</p> <p>OUTROX (ESPECIFIQUE)</p>

316 A	Quantos dias depois do início da febre você procurou por tratamento pela primeira vez para (NOME)? SE NO MESMO DIA, REGISTE '00'.	DIAS <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS <input type="text"/> <input type="text"/>
----------	--	--	--

		CRIANÇA MAIS RECENTE	CRIANÇA ANTERIOR À MAIS RECENTE
		NOME _____	NOME _____
317	(NOME) continua doente com febre?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
318	Alguma vez durante a doença, (NOME) tomou algum medicamento para a febre?	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTE 344) ← NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTE 344) ← NÃO SABE.....8
319	Que medicamentos (NOME) tomou? ¹ Algum outro medicamento? REGISTE TODOS OS MENCIONADOS. PEÇA PARA VER O(S) MEDICAMENTO(S) SE O TIPO DE MEDICAMENTOS NÃO É CONHECIDO. SE O TIPO DE MEDICAMENTO CONTINUAR INDETERMINADO, MOSTRE MEDICAMENTOS TÍPICOS CONTRA A MALÁRIA À RESPONDENTE.	ANTIMALÁRICOS SP/FANSIDARA CLOROQUINAB AMODIAQUINA.....C QUININOD COARTEME OUTROS ANTIMALÁRICOS _____ F (ESPECIFIQUE)) OUTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA.....G ACETAMINOFENO PARACETAMOLH IBUPROFENO.....I OUTROSX (ESPECIFIQUE)) NÃO SABEZ	ANTIMALÁRICOS SP/FANSIDARA CLOROQUINAB AMODIAQUINA.....C QUININOD COARTEME OUTROS ANTIMALÁRICOS _____ F (ESPECIFIQUE)) OUTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA.....G ACETAMINOPENO PARACETAMOLH IBUPROFENO.....I OUTROSX (ESPECIFIQUE)) NÃO SABEZ
320	VERIFIQUE 319: ALGUM CÓDIGO A - F CIRCUNDADO?	SIM NÃO (VOLTE PARA 313 ↓ ↓ NA PRÓX. COLUNA; ↓ ↓ OU SE NÃO HOUVER ↓ ↓ MAIS CRIANÇAS ↓ ↓ SALTE PARA 345)	SIM NÃO (VOLTE PARA 313 ↓ ↓ NA PRÓX. COLUNA; ↓ ↓ OU SE NÃO HOUVER ↓ ↓ MAIS CRIANÇAS ↓ ↓ SALTE PARA 345)
320A	VERIFIQUE 319: SP/FANSIDAR ('A') DADO?	CÓDIGO 'A' CODIGO 'A' NÃO CIRCUNDADO CIRCUNDADO ↓ ↓ ↓ ↓ (SALTE PARA 324)	CÓDIGO 'A' CODIGO 'A' NÃO CIRCUNDADO CIRCUNDADO ↓ ↓ ↓ ↓ (SALTE PARA 324)
321	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou pela 1ª vez SP/Fansidar?	NO MESMO DIA 0 NO DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE.....3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS DA FEBRE.....4 NÃO SABE..... 8	NO MESMO DIA 0 NO DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE.....3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS DA FEBRE.....4 NÃO SABE..... 8

		CRIANÇA MAIS RECENTE NOME _____	CRIANÇA ANTERIOR À MAIS RECENTE NOME _____
322	Durante quantos dias (NOME) tomou SP/Fansidar? SE SETE DIAS OU MAIS, REGISTE '7'.	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8
323	Tinha SP/Fansidar em casa ou obteve-o de algum outro lugar? SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve SP/Fansidar pela primeira vez?	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8
324	VERIFIQUE 319: CLOROQUINA ('B') DADA?	CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO CÓDIGO 'B' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (SALTE PARA 328)	CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO CÓDIGO 'B' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (SALTE PARA 328)
325	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou Cloroquina pela 1ª vez?	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8
326	Durante quantos dias (NOME) tomou Cloroquina? SE SETE OU MAIS DIAS, REGISTE '7'.	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8
327	Tinha Cloroquina em casa ou obteve-a de algum outro lugar? SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve Cloroquina pela primeira vez?	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8
328	VERIFIQUE 319: AMODIAQUINA ('C') DADA?	CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO CÓDIGO 'C' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (SALTE PARA 332)	CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO CÓDIGO 'C' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (SALTE PARA 332)
329	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou Amodiaquina pela 1ª vez?	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8

		CRIANÇA MAIS RECENTE NOME _____	CRIANÇA ANTERIOR À MAIS RECENTE NOME _____
330	Durante quantos dias (NOME) tomou Amodiaquina? SE SETE DIAS OU MAIS, REGISTE '7'.	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8
331	Tinha Amodiaquina em casa ou obteve-a de algum outro lugar? SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve Amodiaquina pela primeira vez?	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8
332	VERIFIQUE 319: QUININO ('D') DADO?	CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (SALTE PARA 336)	CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (SALTE PARA 336)
333	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou Quinino pela 1ª vez?	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8
334	Durante quantos dias (NOME) tomou Quinino? SE SETE DIAS OU MAIS, REGISTE '7'.	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8
335	Tinha Quinino em casa ou obteve-o de algum outro lugar? SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve Quinino pela primeira vez?	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8
336	VERIFIQUE 319: COARTEM ('E') DADO?	CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (SALTE PARA 340)	CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (SALTE PARA 340)
337	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou COARTEM pela 1ª vez?	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8

		CRIANÇA MAIS NOVA	CRIANÇA ANTERIOR À MAIS NOVA				
		NOME _____	NOME _____				
338	Durante quantos dias (NOME) tomou COARTEM? SE SETE DIAS OU MAIS, REGISTE '7'.	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8				
339	Tinha COARTEM em casa ou obteve-o de algum outro lugar? SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve COARTEM pela primeira vez?	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8				
340	VERIFIQUE 319: OUTRO ANTIMALARICO ('F') DADO?	CÓDIGO 'F' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 'F' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (SALTE PARA 344)	CÓDIGO 'F' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 'F' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (SALTE PARA 344)				
341	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou (NOME DE OUTRO ANTI-MALÁRICO) pela 1ª vez?	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8				
342	Durante quantos dias (NOME) tomou (NOME DE OUTRO ANTI-MALÁRICO)? SE SETE OU MAIS DIAS, REGISTE '7'.	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8				
343	Tinha (NOME DE OUTRO ANTI-MALÁRICO) em casa ou obteve-o de algum outro lugar? SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve (NOME DE OUTRO ANTI-MALÁRICO) pela primeira vez?	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8				
344		VOLTE PARA 313 NA PRÓXIMA COLUNA OU, SE NÃO HOUVER MAIS CRIANÇAS, VÁ PARA 345.	VÁ PARA 313 NA PRIMEIRA COLUNA DO QUESTIONÁRIO ADICIONAL, OU, SE NÃO HOUVER MAIS CRIANÇAS, VÁ PARA 345.				
345	REGISTE A HORA.	HORA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTOS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					
VOLTAR PARA O QUESTIONARIO DO AGREGADO FAMILIAR PARA FAZER TESTES RÁPIDOS DE HEMOBLOBINA E MALÁRIA A PESSOAS ELEGÍVEIS (MULHERES DE 15-49 ANOS, MULHERES GRÁVIDAS E CRIANÇAS DOS 6 A 59 MESES)							

OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA

A SER PREENCHIDO DEPOIS DE COMPLETAR O INQUÉRITO

COMENTÁRIOS SOBRE A RESPONDENTE:

COMENTÁRIOS SOBRE QUESTÕES ESPECÍFICAS:

OUTROS COMENTÁRIOS:

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

NOME DO SUPERVISOR: _____

DATA: _____