

Inquérito

Inquérito de Base sobre a Iniciativa Catalítica e Inquérito nos Distritos Amigos das Crianças

Resultados do inquérito aos agregados familiares em nove distritos em Moçambique



Dezembro de 2009

UNICEF Moçambique
Avenida do Zimbabwe, 1440
Caixa Posta 4713
Maputo, Moçambique
Telefone: +258 21 481 100
Email: maputo@unicef.org
www.unicef.org/mozambique

O texto neste documento não foi editado mediante critérios de uma publicação oficial e o UNICEF não assume nenhuma responsabilidade por possíveis erros.

As designações nesta publicação não implicam nenhuma opinião sobre o estatuto legal de nenhum país, território ou suas autoridades, nem de delimitação das suas fronteiras.

Índice

Lista de Tabelas.....	4
Lista de Figuras	8
Sumário Executivo	9
I. Introdução	16
II. Inquérito sobre Sistemas de Saúde Integrados	17
III. Inquérito nos Distritos Amigos das Crianças	43
IV. Conclusão	49

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição da amostra

Tabela 2: Composição dos agregados

Tabela 3: Condições de vida dos agregados

Tabela 4: Propriedade dos bens por parte do agregado (%)

Tabela 5: Estatuto de riqueza da população (% da população em quintil de riqueza)

Tabela 6: Percentagem da população a usar fontes de água e de saneamento melhoradas

Tabela 7: Percentagem de crianças dos 0-59 meses que teve diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito e percentagem que foi levada para uma unidade sanitária para receber tratamento.

Tabela 8: Percentagem de crianças dos 0-59 meses com diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito que tomou a terapia de rehidratação oral ou solução de rehidratação oral (TRO/SRO) ou mais líquidos e continuou a ser amamentada durante o episódio (tratamento domiciliário), ou ambos.

Tabela 9: Percentagem de crianças dos 0-59 meses que teve febre nas duas semanas anteriores ao inquérito, foi levada para um centro de saúde, e foi tratada com medicamentos para a malária.

Tabela 10: Percentagem de crianças dos 0-59 meses que teve febre nas duas semanas anteriores ao inquérito e foi tratada com medicamentos para a malária (fansidar, artimisinina ou quinino).

Tabela 11: Percentagem de agregados que possui pelo menos uma rede mosquiteira e cujas paredes da habitação foram pulverizadas.

Tabela 12: Percentagem de crianças dos 0-59 meses que dormiu com rede mosquiteira na noite anterior (todos os agregados familiares e os agregados familiares cujas paredes da habitação não foram pulverizadas).

Tabela 13: Percentagem de crianças dos 0-59 meses que teve sintomas de IRA (infecção respiratória aguda) nas duas semanas anteriores ao inquérito e percentagem que recebeu qualquer tratamento e antibióticos.

Tabela 14: Percentagem de crianças dos 12-23 meses que recebeu as 3 doses de imunização DPT até ao 1º aniversário e percentagem que recebeu a vacina do sarampo.

Tabela 15: Percentagem de mulheres que amamentou o seu recém-nascido 1 hora após o nascimento e nas primeiras 24 horas nos últimos 2 anos.

Tabela 16: Padrão de alimentação das crianças dos 0-60 meses (percentagem que ingeriu alimentos diferentes nas últimas 24 horas).

Tabela 17: Percentagem de crianças dos 0-11 meses que recebeu uma alimentação adequada nas últimas 24 horas.

Tabela 18: Percentagem de crianças dos 6-59 meses que recebeu cápsulas de Vitamina A nos últimos 6 meses.

Tabela 19: Percentagem de crianças dos 12-59 meses que foi desparasitada nos últimos 12 meses.

Tabela 20: Percentagem de crianças dos 6-59 meses que está debilitada, com peso inferior ao requerido para a idade .

Tabela 21: Percentagem de mulheres que recebeu duas ou mais doses de injeções de *tetanus toxoid* durante a última gravidez nos últimos 2 anos.

Tabela 22: Percentagem de crianças dos 0-11 meses cujas mães receberam 2 ou mais doses de injeções de *tetanus toxoid* nos últimos 2 anos.

Tabela 23: Percentagem de mulheres que recebeu qualquer visita de cuidados pré-natais durante a última gravidez nos últimos 2 anos e pessoa que participou na visita de cuidados pré-natais (ANC).

Tabela 24: Percentagem de mulheres que foi assistida por profissionais de saúde (médico, enfermeira/parteira, parteira auxiliar) durante as visitas de cuidados pré-natais durante a última gravidez nos últimos 2 anos.

Tabela 25: Percentagem de mulheres que recebeu vários serviços durante as visitas de cuidados pré-natais durante a última gravidez nos últimos 2 anos.

Tabela 26: Percentagem de mulheres que foi assistida por profissionais de saúde (médico, enfermeira/parteira, parteira auxiliar) no último parto.

Tabela 27: Assistência no parto mais recente nos últimos 2 anos (% assistida por médicos, enfermeiras, etc.).

Tabela 28: Condições de vida das crianças dos 0 aos 17 anos.

Tabela 29: Prevalência da vulnerabilidade e orfandade entre crianças dos 0 aos 17 anos.

Tabela 30: Vulnerabilidade de crianças dos 0 aos 17 anos (% com um progenitor cronicamente doente, % com a morte de um adulto no agregado, % com um adulto cronicamente doente no agregado).

Tabela 31: Percentagem da população a usar fontes de água e de saneamento melhoradas.

Tabela 32: Percentagem de crianças dos 0-59 meses com diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito.

Tabela 33: Percentagem de crianças dos 0-59 meses com diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito que tomou solução terapia de rehidratação oral ou solução de rehidratação oral (TRO/SRO) ou mais líquidos e continuou a ser amamentada durante o episódio (tratamento domiciliário), ou ambos.

Tabela 34: Percentagem de crianças dos 0-59 meses que teve febre nas duas semanas anteriores ao inquérito, foi levada para uma unidade de saúde para tratamento e foi tratada com medicamentos para a malária.

Tabela 35: Percentagem de agregados que possui pelo menos uma rede mosquiteira e cujas paredes da habitação foram pulverizadas.

Tabela 36: Percentagem de crianças dos 0-59 meses que dormiu sob uma rede mosquiteira na noite anterior.

Tabela 37: Percentagem de crianças dos 0-59 meses que teve sintomas de IRA nas duas semanas anteriores ao inquérito e percentagem que recebeu tratamento e antibióticos.

Tabela 38: Percentagem de crianças dos 12-23 meses que recebeu as 3 doses de imunização DPT até ao 1º aniversário e percentagem que recebeu uma vacina contra o sarampo.

Tabela 39: Percentagem de mulheres que amamentou o seu recém-nascido 1 hora após o parto e nas primeiras 24 horas nos últimos 2 anos.

Tabela 40: Percentagem de crianças dos 0-5 meses que foi exclusivamente amamentada e crianças dos 6-11 meses que foram alimentadas de forma adequada nas últimas 24 horas.

Tabela 41: Percentagem de crianças dos 6-59 meses que recebeu cápsulas de Vitamina A nos últimos 6 meses.

Tabela 42: Percentagem de crianças dos 12-59 meses que foi desparasitada nos últimos 12 meses.

Tabela 43: Percentagem de crianças dos 6-59 meses que está debilitada, com peso inferior ao requisitado para a idade e com baixa estatura para a idade.

Tabela 44: Percentagem de crianças dos 0 aos 5 anos cujo nascimento foi registado.

Tabela 45: Cobertura da injeção de *tetanus toxoid*: Percentagem de mulheres que recebeu duas ou mais doses de injeções de *tetanus toxoid* durante a última gravidez nos últimos 2 anos, e percentagem de crianças dos 0 aos 11 meses cujas mães receberam duas ou mais injeções de *tetanus toxoid*.

Tabela 46: Percentagem de mulheres que foi assistida por profissionais de saúde (médico, enfermeira/parteira, parteira auxiliar) durante as visitas de cuidados pré-natais durante a última gravidez nos últimos 2 anos.

Tabela 47: Percentagem de mulheres que recebeu vários serviços durante as visitas de cuidados pré-natais durante a última gravidez nos últimos 2 anos.

Tabela 48: Percentagem de mulheres que foi assistida por profissionais de saúde (médico, enfermeira/parteira, parteira auxiliar) no último parto.

Tabela 49: Condições de vida das crianças dos 0 aos 17 anos.

Tabela 50: Prevalência da vulnerabilidade e orfandade entre crianças dos 0 aos 17 anos

Tabela 51: Vulnerabilidade de crianças dos 0 aos 17 anos (% com um progenitor cronicamente doente, % com a morte de um adulto no agregado, % com um adulto cronicamente doente no agregado).

Tabela 52: Percentagem de mulheres dos 15 aos 24 anos que teve relações sexuais com um parceiro não coabitante nos últimos 12 meses e percentagem que usou um preservativo na última relação sexual.

Tabela 53: Opiniões das mulheres sobre a violência doméstica (% de mulheres que pensam que um marido tem justificação para bater na mulher se ela).

Tabela 54: Percentagem de mulheres que nunca ouviu falar do HIV/SIDA.

Tabela 55: Consciência das mulheres sobre os mecanismos de transmissão do HIV.

Tabela 56: Consciência das mulheres sobre a prevenção da transmissão do HIV.

Tabela 57: Atitudes das mulheres em relação a pessoas com HIV/SIDA.

Tabela 58: Percentagem de mulheres que fez o teste de HIV durante as visitas de cuidados pré-natais nos últimos 2 anos.

Tabela 59: Percentagem de mulheres que nunca fez um teste de HIV.

Tabela 60: Percentagem de mulheres que nunca fez um teste de HIV voluntariamente.

Tabela 61: Taxa de participação na educação primária (% de crianças dos 6-12 anos que foi à EP1 no ano anterior).

Tabela 62: Taxa de participação na educação secundária (% de crianças dos 13-16 anos que foi à ESG1 no ano anterior).

Tabela 63: Percentagem de respondentes que pensa que as raparigas devem receber a mesma educação que os rapazes.

Tabela 64: Indicadores de saúde nos distritos de intervenção do Inquérito sobre o Sistema de Saúde Integrado (IHSS) e nos distritos de comparação e resultados do teste.

Tabela 65: Indicadores de saúde nos distritos de intervenção CFD (distritos amigos das crianças) e nos distritos de comparação e resultados do t-teste.

Lista de Figuras

Figura 1: Riqueza do agregado – percentagem da população nos dois quintis mais pobres (de indicador de riqueza)

Figura 2: Percentagem da população a usar fontes de água melhoradas e instalações sanitárias melhoradas

Figura 3: Prevalência de doenças infantis nas últimas 2 semanas

Figura 4: Percentagem da população a usar fontes de água melhoradas e instalações sanitárias melhoradas

Figura 5: Percentagem de crianças dos 0-59 meses que teve febre nas últimas 2 semanas

Figura 6: Percentagem de crianças dos 0-59 meses que teve febre nas últimas 2 semanas e foi tratada com medicamentos contra a malária

Figura 7: Percentagem de agregados que possui uma rede mosquiteira, habitações que foram ou não pulverizadas nos últimos 12 meses

Figura 8: Percentagem de crianças dos 0-59 meses que teve sintomas de infecção respiratória aguda nas últimas 2 semanas

Figura 9: Percentagem de crianças dos 12-23 meses que recebeu DPT até ao 1º aniversário e que foi imunizada contra o sarampo

Figura 10: Padrão de alimentação da criança (% de crianças dos 0-24 meses que ingeriu diferentes alimentos e líquidos nas últimas 24 horas)

Figura 11: Percentagem de crianças dos 0-11 meses que foi alimentada de forma adequada nas últimas 24 horas

Figura 12: Percentagem de crianças dos 6-59 meses que recebeu cápsulas de Vitamina A nos últimos 6 meses

Figura 13: Percentagem de crianças dos 12-59 meses que foi desparasitada nos últimos 6 meses

Figura 14: Prevalência de desnutrição e baixa estatura para a idade em crianças dos 6-59 meses

Figura 15: Proporção de mulheres grávidas que recebeu 2 ou mais injeções de *tetanus toxoid* durante a última gravidez

Figura 16: Percentagem de mulheres grávidas que recebeu vários serviços de cuidados pré-natais durante a última gravidez (últimos 2 anos)

Figura 17: Percentagem de mulheres que foi assistida por um profissional de saúde (médico, enfermeira/parteira, parteira auxiliar) durante o último parto

Figura 18: Prevalência da orfandade e vulnerabilidade entre crianças dos 0 aos 17 anos

Figura 19: Percentagem de mulheres que pensa que um homem pode bater na sua mulher em situações diferentes

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este relatório apresenta as descobertas de um inquérito ao agregado realizado em nove distritos de Moçambique. O inquérito pretendia recolher informação que vai servir de base para a iniciativa do *Reforço do Sistema de Saúde Integrado* (IHSS- Iniciativa Catalítica) realizada pela Agência de Desenvolvimento Internacional Canadense (CIDA) e pelo UNICEF, e para a iniciativa *Distritos Amigos das Crianças* (CFD) do UNICEF.

Existem seis distritos de intervenção IHSS - Namuno, Nacala, Changara, Manica, Jangamo, e Chibuto- e três distritos de intervenção CFD (Changara, Chibuto e Montepuez). Os restantes distritos servem como um grupo de comparação. Os distritos foram seleccionados usando uma mistura de métodos de amostragem aleatórios e intencionais, mas em cada distrito seleccionado seleccionou-se uma amostra probabilística de 320 agregados usando um modelo agrupado (*cluster design*). A amostra resultante consiste em 3240 agregados com pelo menos uma mulher elegível (15 a 49 anos ou com menos de 15 anos mas casada) ou uma criança elegível (com menos de 5 anos de idade).

Água e saneamento: Quarenta por cento da população nestes distritos tem acesso a fontes de água “melhoradas”, sendo estas definidas como água canalizada, poço protegido, ou fontes abertas como águas superficiais e água da chuva. Em contraste com o uso de fontes de água melhoradas apenas 15 por cento da população usa instalações sanitárias melhoradas, sendo estas definidas como sanitas com ou sem fluxo de água e latrinas melhoradas.

Saúde infantil: Nos nove distritos do inquérito aproximadamente 40 por cento das crianças com menos de 5 anos de idade teve diarreia, febre ou os sintomas de uma infecção respiratória aguda (IRA) ao longo de um período de referência de duas semanas. Os nove distritos parecem fazer parte de dois grupos: os grupos com prevalência de diarreia, febre ou sintomas de IRA superior a 40 por cento e os com prevalência inferior a 40 por cento. O grupo “superior a 40” consiste em Nacala (51 por cento), Namuno (49 por cento), Montepuez (44 por cento), Chibuto (44 por cento), e Jangamo (43 por cento). O grupo “inferior a 40” é composto por Manjacaze (35 por cento), Changara (33 por cento), Manica (32 por cento), e Chimoio (29 por cento). Com excepção da região sul, onde a prevalência é mais variada, regista-se um bom grau de uniformidade nas regiões norte e centro; os três distritos do norte estão no grupo de prevalência superior a 40, e os três distritos centrais estão no grupo de prevalência inferior a 40. Os padrões regionais parecem forjar uma mistura rural-urbana porque apesar de Nacala e Chimoio serem ambos distritos inteiramente urbanos, estão em extremos opostos do espectro de prevalência.

Diarreia: Dezassete por cento das crianças com menos de 5 anos teve diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito. Os nove distritos do inquérito podem ser agrupados em três grupos de prevalência. O grupo de prevalência elevada é composto por Namuno, Chibuto e Nacala onde a prevalência é superior a 20 por cento. O grupo do meio tem uma prevalência entre 13 e 15 por cento, e depois há um grupo de prevalência baixa (Changara, Chimoio, Jangamo) com uma prevalência de cerca de 10 por cento.

Quase dois terços das crianças que tiveram diarreia foram levadas para um centro de saúde para receberem tratamento. Na maioria dos distritos mais de dois terços são tratadas num centro de saúde, sendo a exceção Namuno, onde menos de metade das crianças com diarreia foram tratadas num centro de saúde. Setenta e três por cento das crianças que tiveram diarreia receberam terapia de rehidratação oral (TRO), e três quartos receberam tratamento domiciliário adequado, sendo este definido como mais líquidos e alimentação contínua. O resultado líquido é que apenas nove por cento das crianças com diarreia não receberam nem TRO nem tratamento domiciliário adequado. As tentativas para abordar esta questão podem ser focadas geograficamente uma vez que as crianças em Namuno e em zonas rurais, em geral, têm menos probabilidade de receber um destes dois tipos de tratamento para a diarreia.

Febre, malária e redes mosquiteiras: Trinta por cento das crianças com menos de 5 anos de idade tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito mas existe uma variação considerável entre os distritos. A prevalência é claramente mais alta na região norte. Tantas como 44 por cento das crianças em Nacala tiveram febre ao longo de um período de duas semanas sendo que os dois outros distritos do norte tiveram uma prevalência de cerca de 40 por cento. Com a exceção de Jangamo, onde a prevalência foi de 36 por cento, nenhum dos outros distritos neste inquérito teve uma prevalência superior a 30 por cento, sendo que os três tiveram uma prevalência de cerca de 20 por cento.

Dois terços das crianças que tiveram febre foram levadas para um centro de saúde para tratamento. Alguns distritos como Changara, Chimoio, e Manjacaze destacam-se por terem mais de 80 por cento de crianças tratadas num centro de saúde, enquanto noutros como Manica, Jangamo, Montepuez e Namuno menos de dois terços das crianças são tratadas num centro de saúde. Do último grupo, Namuno é particularmente notável pois apenas 45 por cento das crianças foram tratadas num centro de saúde.

Das crianças que tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito, 51 por cento foram tratadas com medicamentos para a malária (fansidar, artimisinina, e quinino). Fansidar é o medicamento preferido e 49 por cento das crianças com febre foram tratadas com este medicamento; sete por cento das crianças foram tratadas com artimisinina e quinino. Existe muita variação entre os distritos: num extremo estão Chimoio (72 por cento), Changara (72 por cento) e Manjacaze (63 por cento) onde quase duas em cada três crianças são tratadas com medicamentos para a malária e no outro estão Chibuto (35 por cento) e Namuno (33 por cento) onde apenas uma em cada três é tratada com estes medicamentos.

Sessenta por cento dos agregados possui uma rede mosquiteira. Consequentemente duas em cada cinco crianças com menos de 5 anos dormiram sob uma rede mosquiteira na noite anterior ao inquérito. Mais de 70 por cento dos agregados possuem uma rede nos distritos norte de Montepuez e Namuno, mas apenas cerca de 50 por cento possuem redes em Nacala, Changara, Chibuto, e Manjacaze. A pulverização das paredes das habitações é muito menos prevalente: apenas 31 por cento dos agregados pulverizaram as paredes das suas habitações nos últimos 12 meses. Em alguns distritos – Montepuez, Namuno e Jangamo – a pulverização é praticamente inexistente, mas noutros distritos, principalmente os que estão na parte sul do país, quase 60 por cento das paredes das habitações foram pulverizadas.

Em geral, possuir uma rede mosquiteira é mais prevalecente no norte do país e a pulverização das paredes das habitações é mais prevalecente no sul, mas não existem indícios que a nível do agregado a ausência de uma seja compensada pela presença da outra.

Sintomas e tratamento de IRA: Seis por cento das crianças com menos de 5 anos de idade exibiram sintomas de infecção respiratória aguda (IRA), sendo esses sintomas tosse, febre e problemas no peito. Existe variação entre os nove distritos com prevalência mais alta (em relação à média geral) nos três distritos do sul, dois dos três distritos do norte (Montepuez e Namuno). A região central exhibe diferenças significativas com prevalência elevada em Changara (9.5 por cento) mas prevalência baixa em Chimoio e Manica.

Dois terços das crianças que apresentaram sintomas de IRA receberam algum tratamento, mas apenas 18 por cento receberam antibióticos. Apesar das crianças de zonas urbanas terem mais probabilidade de receber tratamento do que as crianças nas zonas rurais, há mais probabilidade dos antibióticos terem sido usados nas zonas rurais. O tamanho pequeno da amostra limita a nossa capacidade de extrair conclusões significativas a nível do distrito.

Imunização: A cobertura da imunização nos nove distritos do inquérito é quase universal. Noventa e cinco por cento das crianças dos 12 aos 23 meses de idade receberam as três doses de imunização DPT até ao primeiro aniversário e 91 por cento receberam uma vacina do sarampo. Montepuez e Manica apresentam uma cobertura ligeiramente inferior de ambas as vacinas, mas mesmo nestes distritos a cobertura ultrapassa os 85 por cento.

Alimentação das crianças: A amamentação é quase universal nos nove distritos do inquérito e a maioria das crianças começa a ser amamentada pouco após o nascimento. A Tabela 15 mostra que quase três quartos de todas as mulheres amamentam os seus filhos na primeira hora após o nascimento. Outras 20 por cento amamentam-nas no primeiro dia, implicando que 95 por cento dos recém-nascidos são amamentados no primeiro dia após o nascimento.

Apesar destes dados sobre amamentação serem muito encorajadores, os dados sobre padrões de alimentação infantil levantam preocupações porque outros alimentos e líquidos são introduzidos muito cedo na vida de uma criança: quase dois terços das crianças com menos de 6 meses de idade beberam água e consumiram alimentos sólidos ou moles nas 24 horas anteriores ao inquérito. Proporções relevantes também consumiram “outros líquidos” (31 por cento) e água com sumo ou açúcar (21 por cento). A alimentação é mais mista na segunda metade do primeiro ano de vida. As crianças continuam a consumir leite materno (90 por cento), mas é provável que também consumam sólidos e semi-sólidos (91 por cento), e água (93 por cento). No conjunto, estes dados sugerem que apenas cerca de 34 por cento das crianças com menos de 12 meses de idade têm uma alimentação adequada nestes nove distritos. Apenas três distritos (Chimoio, Montepuez e Namuno) excedem a média global e o mais interessante é que o distrito com a percentagem mais elevada de crianças com uma alimentação adequada é Namuno (63 por cento), que apresenta indicadores de saúde muito fracos.

Vitamina A: A maioria das crianças (89 por cento) dos 6 aos 49 meses de idade tomou uma cápsula de vitamina A nos primeiros seis meses anteriores ao inquérito. Apesar da cobertura ser uniformemente elevada na maioria dos distritos, dois distritos – Nacala (64 por cento) e Montepuez (72 por cento) – sobressaem pela sua cobertura significativamente mais baixa.

Desparasitação: Apenas pouco mais de um terço (34 por cento) de todas as crianças dos 12 aos 59 meses de idade foram desparasitadas nos seis meses anteriores ao inquérito. Mais de 40 por cento das crianças receberam este tratamento em Manjacaze, Changara, e Choimoio sendo que menos de uma em cinco receberam o tratamento no distrito de Manica e apenas cerca de uma em quatro receberam o tratamento em Namuno e Chibuto.

Estatuto nutricional: Os dados antropométricos indicam que nos nove distritos abrangidos pelo inquérito apenas 4 por cento das crianças dos 6 aos 59 meses de idade estão debilitadas, mas 15 por cento estão desnutridas para a idade, e 52 por cento estão atrofiadas. Existe muita variação no estatuto nutricional entre os distritos com um gradiente norte para sul pelo qual os três distritos do norte têm os piores níveis de estatuto nutricional, os do centro estão um pouco melhores e os distritos do sul são claramente os menos privados. O estatuto económico está claramente correlacionado com o estatuto nutricional uma vez que a incidência de enfezamento e défice de peso para a idade é consistentemente mais baixa para crianças de agregados mais favorecidos.

Orfandade e vulnerabilidade: Os dados sobre as condições de vida das crianças com 18 anos de idade mostram que 61.5 por cento vivem com ambos os pais (biológicos), 25 por cento com apenas um dos pais, e cerca de 13.5 por cento vivem sem nenhum dos pais. Doze por cento das crianças com menos de 18 anos de idade são órfãs (um ou ambos os progenitores morreram), e existem grandes diferenças entre os distritos. Num extremo do espectro estão Montepuez e Namuno onde apenas cerca de 5 por cento são órfãs e no outro extremo estão Manjacaze (17 por cento) e Chibuto (20 por cento) onde pelo menos uma em cada seis crianças é órfã. Dez por cento das crianças estão vulneráveis. O padrão de vulnerabilidade é completamente o oposto do padrão de orfandade uma vez que as crianças em Montepuez (15 por cento) e Namuno (13 por cento) têm muito mais probabilidade de estarem vulneráveis do que as crianças em Manjacaze (7 por cento) e Chibuto (10 por cento). Neste contexto, o distrito de Chimoio sobressai por ter uma percentagem elevada de crianças órfãs (13.4 por cento) e uma percentagem elevada de crianças vulneráveis (13.9 por cento).

Tetanus toxoid: Sessenta e nove por cento das mulheres que ficaram grávidas nos últimos dois anos receberam duas ou mais doses de injeções de *tetanus toxoid* durante a sua gravidez mais recente. A cobertura é substancialmente mais baixa em alguns distritos - Montepuez (51 por cento) e Chimoio (49 por cento) – mas também elevada noutros como Changara (80 por cento) e Manjacaze (89 por cento). A cobertura elevada de mulheres grávidas traduz-se em níveis elevados de protecção das crianças pelo que quase 69 por cento das crianças com menos de um ano de idade tinham mães que receberam duas ou mais doses de injeções de *tetanus toxoid* nos últimos 2 anos.

Cuidados pré-natais: Quase todas - 98 por cento – as mulheres grávidas nestes nove distritos receberam algum tipo de cuidados pré-natais durante a sua última gravidez nos últimos dois anos. Quase todas (97 por cento) foram assistidas por profissionais de saúde (definidos como médico, enfermeira ou parteira e parteira auxiliar). Em termos práticos, nestes nove distritos, isto traduz-se essencialmente numa enfermeira ou parteira (93 por cento). Este é menos o caso em Namuno onde apenas 86 por cento receberam cuidados de saúde de profissionais de saúde, e uma proporção significativa de mulheres recebeu cuidados pré-natais de uma parteira tradicional (6 por cento) e de família e amigos (19 por cento).

Apesar da cobertura dos serviços de cuidados pré-natais ser verdadeiramente impressionante existe uma variação significativa naquilo que constitui cuidados pré-natais. A maioria das mulheres (97 por cento) que receberam cuidados pré-natais mediram também o peso e a circunferência da barriga. O batimento cardíaco do feto é verificado em 85 por cento dos casos e a altura é medida 78 por cento das vezes. Mas outros elementos dos cuidados pré-natais, especificamente a verificação da tensão arterial da mulher (67 por cento), e exames da urina e do sangue (49 por cento e 64 por cento respectivamente) são menos universalmente abrangidos nos cuidados pré-natais. Em comparação com outros distritos, Namuno sobressai como estando em pior situação na prestação de vários serviços pré-natais.

Assistência no parto: Setenta por cento das mulheres foram assistidas por um profissional de saúde treinado (médico, enfermeira/parteira, ou parteira auxiliar) no seu parto mais recente nos últimos dois anos. A maioria desta assistência (profissional de saúde) é fornecida por enfermeiras e parteiras mas as parteiras tradicionais e a família e amigos também desempenham um papel importante, particularmente em alguns distritos. Existe uma grande variação no uso de profissionais de saúde no parto. O uso mais elevado é na região centro e o mais baixo nos distritos do norte. Em semelhança a outros indicadores, o distrito mais fraco é Namuno onde apenas 30 por cento das mulheres afirmaram ter recebido assistência de profissionais de saúde.

Inquérito nos Distritos Amigos das Crianças: As perguntas sobre sexo de risco, violência doméstica, HIV/SIDA, registo de nascimento e assiduidade escolar foram feitas apenas em Changara e Chibuto (dois dos três distritos CFD).

Registo de nascimento: Nos dois distritos de intervenção para os quais se recolheram dados, apenas 12 por cento das crianças com menos de 5 anos de idade tinham sido registadas. A proporção é substancialmente mais elevada em Chibuto (16 por cento) do que em Changara (9 por cento), e o registo de nascimento é muito mais prevacente nas zonas urbanas (23 por cento vs 10 por cento nas zonas rurais).

Sexo de alto risco e uso do preservativo: Nos dois distritos CFD – Changara e Chibuto - 30 por cento das mulheres jovens (15 aos 24 anos de idade) afirmaram ter tido relações sexuais com um parceiro não coabitante nos últimos 12 meses. Quarenta e quatro por cento das mulheres jovens que tiveram relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses afirmaram ter usado um preservativo na última relação sexual.

Violência Doméstica: Uma proporção significativa de mulheres considera que bater nas mulheres é aceitável em algumas situações: 12 por cento se a mulher queimar a comida, 14 por cento se sair sem se despedir, 18 por cento se não tomar bem conta das

crianças, 24 por cento se discutir com o marido, e 30 por cento se a mulher se recusar a ter relações sexuais com o parceiro. As mulheres em Changara têm mais probabilidade de encarar a agressão física das mulheres como um comportamento aceitável nas situações acima.

Consciência e atitudes em relação ao HIV/SIDA: A maioria das mulheres (94 por cento) já ouviram falar do HIV/SIDA mas existe uma grande diferença entre os dois distritos. Em Changara 86 por cento ouviram falar de HIV/SIDA mas em Chibuto a consciência é quase universal (apenas três das 480 mulheres entrevistadas não tinham ouvido falar do HIV/SIDA).

No que diz respeito à transmissão de mãe-para-filho, 81 por cento das mulheres apontaram a amamentação, 74 por cento a gravidez, e 53 por cento indicaram o parto como mecanismos de transmissão relevantes. A consciência é mais elevada nas zonas urbanas, e até certo ponto, isto contribui para níveis de consciência mais elevados em Changara (em relação a Chibuto). Todavia, mesmo nas zonas rurais de Chibuto a consciência é maior do que em (toda) Changara.

Informação incorrecta sobre mecanismos de transmissão, especificamente a percepção de que o HIV pode ser transmitido através de bruxaria e causas sobrenaturais é, no geral, abaixo de 10 por cento. Mas em certos subgrupos é mais elevada. Uma preocupação maior é a falta de informação sobre a transmissão através de picadas de insectos e de mosquitos: 23 por cento das mulheres pensam que o HIV pode ser transmitido através de picadas de insectos.

No que diz respeito a métodos de prevenção, 70 por cento das mulheres acreditam que a única forma de protecção é ter um parceiro que não está infectado ou ter apenas um parceiro. Sessenta e nove por cento acreditam também que a protecção é possível se o preservativo for usado de forma correcta sempre que o casal tiver relações sexuais. Os dados mostram também que 85 por cento das mulheres estão conscientes que uma pessoa saudável pode ter HIV/SIDA.

As atitudes em relação a pessoas com HIV/SIDA são um pouco mistas. Setenta e três por cento das mulheres entrevistadas disseram que as pessoas infectadas deveriam poder continuar a ensinar e 58 por cento disseram que continuariam a comprar fruta fresca e vegetais de um vendedor mesmo sabendo que ele/ela estava infectado/a. Estas atitudes para com pessoas que não são membros do agregado são muito menos favoráveis em Chibuto.

As atitudes para com os membros dos agregados infectados são mais favoráveis, principalmente no que diz respeito a tomar conta deles: 93 por cento dizem que tomariam conta de um familiar infectado com HIV. Todavia, a Tabela 48 mostra também que 63 por cento das mulheres gostariam de segregar ou isolar membros do agregado infectados, sendo isto mais comum em Chibuto do que em Changara, e mais prevalente nas zonas urbanas.

Teste do HIV: Um pouco mais de metade (56 por cento) das mulheres que receberam serviços de cuidados pré-natais - em Changara e Chibuto - nos últimos dois anos fizeram o teste do HIV. Aqui é importante notar que nestes dois distritos 99 por cento receberam serviços de cuidados pré-natais de profissionais de saúde.

Em geral, ou seja, para além dos testes feitos nas visitas de cuidados pré-natais, um quarto de todas as mulheres em Changara e em Chibuto fizeram o teste do HIV. As mulheres em Changara têm muito mais probabilidade de terem sido testadas do que as mulheres em Chibuto (32 por cento vs. 21 por cento), e as mulheres urbanas têm muito mais probabilidade de terem sido testadas do que as mulheres rurais (37 por cento vs 23 por cento). Apenas um pouco mais de um terço (36 por cento) das mulheres que foram testadas ofereceram-se voluntariamente para o teste, sendo a proporção maior em Chibuto (39 por cento vs 33 por cento em Changara), e nas zonas urbanas (45 por cento vs. 32 por cento nas zonas rurais).

Assiduidade escolar: Setenta e oito por cento das crianças em idade escolar (entre 6 a 12 anos) frequentaram a EP1 (escola primária) durante o ano anterior ao inquérito e não existe diferença entre Changara e Chibuto. Existem desistências consideráveis após a educação primária pelo que apenas 17 por cento das crianças em idade de frequentar o ensino secundário (13 a 16 anos) frequentaram a ESG1 no ano anterior ao inquérito.

Existe paridade de género a nível da escola primária, mas a nível do ensino secundário há mais desistências entre os rapazes e por isso uma maior percentagem de alunos são raparigas. A taxa de paridade de género – taxa de assiduidade homem - mulher – a nível do secundário é de apenas 0.85. Os dois distritos de intervenção CFD são bastante diferentes. Os rapazes têm mais probabilidade de frequentar a escola primária e secundária em Changara, sendo que as raparigas têm mais probabilidade de frequentar a escola em Chibuto. Estes padrões são consistentes com as atitudes dos adultos em relação ao valor da educação dos rapazes e das raparigas. No geral, as atitudes são bastante a favor da paridade de género (78 por cento dizem que as raparigas devem receber a mesma educação que os rapazes) mas em Changara são claramente menos favoráveis (apenas 61 por cento dizem que as raparigas devem receber a mesma educação que os rapazes).

I. Introdução

Este relatório apresenta as descobertas de um inquérito ao agregado realizado em nove distritos de Moçambique. O inquérito pretendia recolher informação que irá servir de base para a iniciativa de Reforço do Sistema de Saúde Integrado (IHSS) realizada pela Agência de Desenvolvimento Internacional Canadiana (CIDA) e pelo UNICEF, e a iniciativa Distritos Amigos das Crianças (CFD). A iniciativa IHSS cobre 33 distritos no país dos quais seis estão incluídos neste inquérito. Três dos nove distritos vão ser também abrangidos pela iniciativa CFD. Os três distritos restantes formam um grupo de comparação uma vez que não são cobertos pelas intervenções IHSS e CFD.

Os seis distritos de intervenção IHSS são Namuno, Nacala, Changara, Manica, Jangamo, e Chibuto, e destes Changara e Chibuto são também abrangidos pela intervenção CFD. A intervenção CFD vai também ser introduzida em Montepuez. Os distritos de intervenção IHSS foram seleccionados através de uma mistura de métodos de amostragem aleatórios e intencionais. Os 33 distritos abrangidos pela iniciativa IHSS foram estratificados por região (Norte, Centro, Sul) e quatro distritos, dois rurais e dois urbanos, foram seleccionados de forma aleatória. Os três distritos CFD foram seleccionados intencionalmente.

Os três distritos de comparação são Montepuez, Chimoio e Manjacaze e estes foram seleccionados, na medida do possível, para corresponder às características dos distritos de intervenção. Alguns dos critérios usados para seleccionar os distritos de comparação são “nível de desenvolvimento sócio-económico, disponibilidade de infra-estrutura e proximidade de cidades principais bem como intervenções de desenvolvimento de grande escala em curso ou previstas.”

Apesar dos grupos de intervenção e de comparação serem relativamente comparáveis em termos de condições de vida do agregado, riqueza e composição, existe uma diferença importante. O grupo de comparação é mais urbano em composição do que o grupo de intervenção IHSS: 50 por cento dos agregados do grupo de comparação são de zonas urbanas apesar dos agregados urbanos representarem apenas 26 por cento do total nos distritos de intervenção IHSS. Esta diferença tem um impacto nos diferentes resultados de saúde porque o acesso a serviços de saúde é normalmente melhor em zonas urbanas. Nós testamos as diferenças entre os dois grupos para cada indicador apresentado neste relatório e voltamos à questão da comparabilidade no final do relatório.

O relatório tem duas partes: a Secção II abrange o conjunto dos nove distritos e apresenta informação obtida com um questionário (IHSS) base. A Secção III foca os três distritos abrangidos pela iniciativa CFD, repetindo os indicadores da secção II mas adicionando dados – sobre sexo de alto risco, HIV, e violência doméstica – recolhidos com o questionário específico CFD.

Uma vez que o objectivo principal do inquérito é de recolher informação sobre as condições de base em 2008, este relatório foca a apresentação de uma série de indicadores globalmente comparáveis que reflectem os resultados de saúde e o uso de vários serviços de saúde. Os resultados estão desagregados por grupo de tratamento-

comparação, distrito, localização rural-urbana, e um conjunto mínimo de correlações que descreve as características demográficas e económicas dos indivíduos e dos seus agregados. Apesar desta desagregação permitir analisar diferenças entre os grupos, não se faz nenhuma tentativa de testar as diferenças estatisticamente ou de extrair conclusões causais.

II. Inquérito sobre o Reforço dos Sistemas de Saúde Integrados (Iniciativa Catalítica)

a. Distribuição da amostra: Elaborou-se uma amostra de 3240 agregados com pelo menos uma mulher elegível (15 a 49 anos ou menos de 15 anos mas casada) ou uma criança elegível (menos de 5 anos de idade) com um modelo agrupado estratificado. Os nove distritos formaram camadas separadas e uma amostra de 320 agregados foi seleccionada de cada camada através de uma primeira selecção de grupos com probabilidade proporcional ao tamanho, listando todos os agregados no grupo e determinando a elegibilidade para o inquérito (conforme descrito acima) e, em seguida, a partir desta lista seleccionaram-se 24 agregados (por grupo). Uma vez que a amostra não é por si mensurável usam-se medidas amostristas para derivar todas as estimativas. O desenho e agrupamento do inquérito são levados em consideração na estimativa de erros padrão (usando os comandos *svy* no pacote de software de estatística *Stata*) e estes estão incluídos em todas as tabelas para os indicadores; os resultados dos t-testes para a diferença nas médias entre o grupo de intervenção (IHSS ou CFD) e de comparação (correspondente) estão também incluídos em todas as tabelas para os indicadores.

A Tabela 1 apresenta informação sobre a distribuição da amostra e o número de entrevistas completas realizadas aos agregados, mulheres elegíveis e crianças elegíveis. Dos 3240 agregados entrevistados para este inquérito 3209 completaram os questionários ao agregado. Das 4044 mulheres elegíveis identificadas no inquérito aos agregados completaram-se entrevistas com 3872 mulheres; o volume do défice resultou das mulheres elegíveis não estarem em casa na altura da entrevista. Nos agregados do inquérito identificaram-se 3089 crianças elegíveis e obteve-se informação sobre 2986 crianças.

O ponto importante a notar na Tabela 1 é que a nossa capacidade de analisar resultados nos distritos é limitada pelos pequenos tamanhos das amostras. Apesar de ser viável examinar relações bivariante num distrito e ainda ter um número de observações suficientes para obter estimativas fiáveis, explorar a relação entre um resultado e mais de uma correlação é seriamente limitado pelo tamanho das amostras.

b. Características dos agregados: A Tabela 2 indica que em média, existem cinco indivíduos num agregado. Tipicamente um destes é um homem adulto, outro uma mulher adulta e os restantes crianças de várias idades com (dado os critérios de elegibilidade do inquérito) pelo menos uma criança com menos de cinco anos de idade. Não existe muita variação na composição média nos distritos com excepção de Chibuto onde o tamanho médio do agregado é de seis e, em média, há mais crianças jovens e mulheres adultas num agregado.

É também de notar que os agregados nos distritos sul de Jangamo, Chibuto e Manjacaze têm, em média, mais mulheres adultas. Isto está relacionado com a maior incidência de mulheres adultas que não estão (actualmente) casadas ou em uniões

coabitantes nos distritos do sul (dados não indicados). Este padrão também está reflectido no género do chefe do agregado e no seu estado civil. A Tabela 2 mostra que nos três distritos do sul a incidência de mulheres chefes de agregados é substancialmente mais elevada, particularmente em Manjacaze onde 55 por cento dos agregados são liderados por mulheres. Além disso, a percentagem de chefes de agregados que não estão (actualmente) casados ou em uniões coabitantes é também substancialmente mais elevada nestes três distritos.

No que diz respeito às condições de vida dos agregados, as Tabelas 3 e 4 mostram que a maioria vive modestamente, em casas simples e com relativamente poucos bens. Os agregados de distritos completamente urbanos (Nacala e Chimoio) têm mais probabilidade de viver em casas com chão de cimento ou *parquet*, ter água canalizada para beber, usar casas de banho e latrinas melhoradas e ter energia e alguns outros bens. Mas a grande maioria nas zonas rurais, e mesmo vários nestes distritos urbanos, têm mais condições de vida básicas com água potável de camiões cisterna e carroças ou lagos e poços abertos, casas com chão de lama “maticada” (aglutinada), uso de latrinas não melhoradas ou tradicionais ou espaços abertos para saneamento e propriedade mínima dos bens. Nós analisamos a água e o saneamento em mais detalhe na secção seguinte mas este olhar superficial às condições de vida indica claramente as baixas condições de vida de muitos agregados.

De forma a obter um indicador mais composto da riqueza do agregado (ou de recursos capitais físicos e humanos) nós seguimos as práticas padrão e criamos um indicador de riqueza. Este indicador é baseado em dados sobre a propriedade de todos os bens listados na Tabela 3, um indicador do material (durável) usado no chão da casa, número de quartos na habitação e variáveis sobre recursos humanos capitais do agregado. A análise das componentes principais é usada para criar o indicador e a distribuição do indicador é dividida em cinco quintils sendo que cada um contém 20 por cento da população (não agregados) abrangida pela amostra.

O indicador é baseado num conjunto de variáveis relativamente pequeno e é necessariamente um indicador imperfeito dos recursos totais disponíveis aos agregados. Não obstante, como se poderá ver em secções posteriores, tem um desempenho bastante bom na diferenciação dos agregados. As diferenças nos resultados de saúde – doença, estatuto nutritivo, e uso de serviços – entre os cinco grupos seguem em grande parte o que seria de esperar, ou seja, os agregados com melhores condições (em termos deste indicador) têm tendência a registar melhores resultados de saúde.

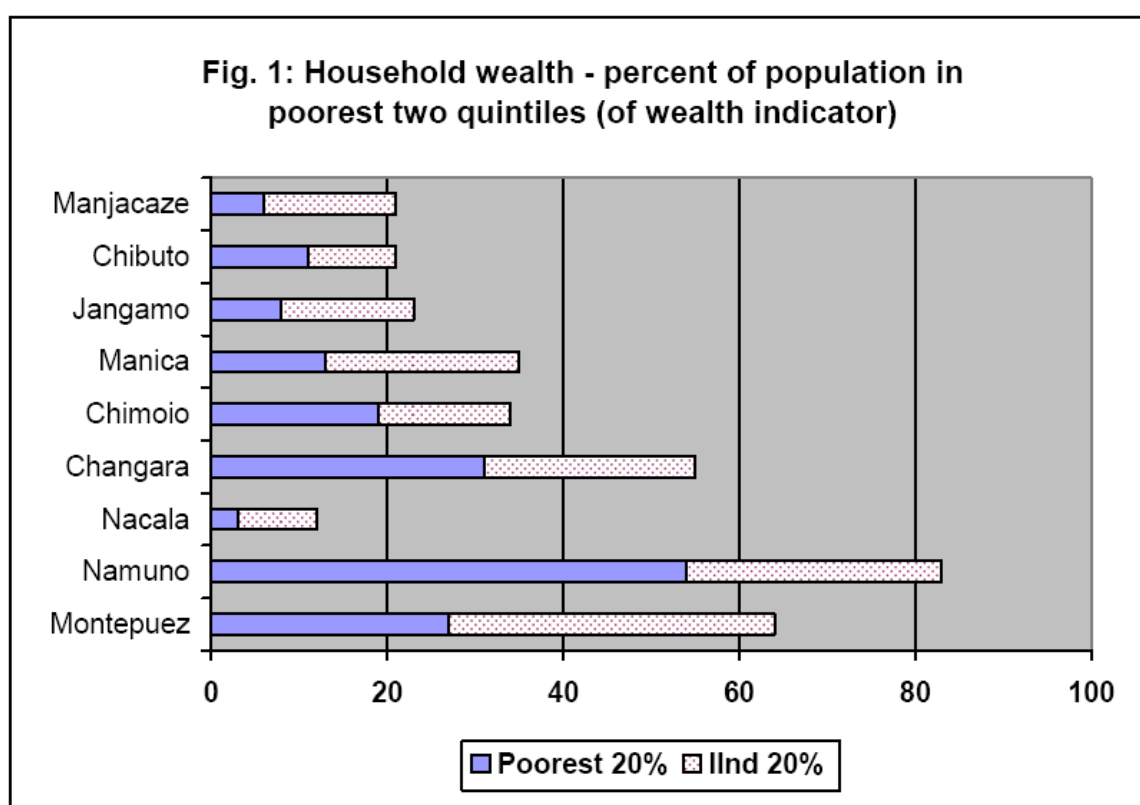
A distribuição dos agregados por estes quintils de saúde e por distrito, áreas de intervenção-comparação, e localização rural-urbana está apresentada na Tabela 5 e destaca alguns padrões que se deve ter em mente ao examinarmos dados sobre os indicadores de saúde.

A Tabela 5 mostra que apesar de não haver uma diferença apreciável na riqueza do agregado entre o grupo de intervenção IHSS e o grupo de comparação correspondente, o grupo de intervenção CFD é distintamente mais pobre do que o seu grupo de comparação correspondente. Isto deve-se à composição destes grupos porque a Tabela 5 mostra que existem grandes diferenças entre os nove distritos e particularmente entre zonas rurais e urbanas. As zonas rurais são muito mais pobres

que as urbanas e existe um gradiente norte-para-sul – baixo a alto – no bem-estar económico.

Os dois distritos norte de Montepuez e Namuno são distintamente mais pobres com pelo menos dois terços da população nos dois quintis mais pobres e entre um quarto (Montepuez) e metade (Namuno) entre os 20 por cento mais pobres (Figura 1). Namuno é particularmente notável porque, como se verá mais tarde, o distrito também tem os valores mais baixos para vários indicadores de saúde. A outra província norte de Nacala sai-se melhor porque é completamente urbana e os agregados nas zonas urbanas estão em bastante melhor situação económica do que os agregados em zonas rurais. Por exemplo, apesar de 37 por cento dos agregados nas zonas urbanas estarem no quintil mais rico, apenas 11 por cento dos agregados rurais fazem parte desse grupo.

No total, os três distritos centrais (Changara, Chimoio e Manica) estão em melhor situação económica que os distritos no norte, apesar de Changara (um distrito de intervenção CFD) ser substancialmente mais pobre do que os outros dois e bastante semelhante a Montepuez. Chimoio é o que está melhor dos três mas em semelhança a Nacala isto acontece porque é um distrito completamente urbano.



Os agregados nos três distritos do sul (Jangamo, Chibuto e Manjacaze) são os que estão melhor em termos do indicador de riqueza com não mais de 11 por cento da população no quintil mais pobre e pelo menos um quarto no quintil mais rico. Isto é consistente com os padrões regionais de pobreza e de distribuição do rendimento mas também é de destacar porque estes são distritos maioritariamente rurais (Tabela 1).

A análise da riqueza do agregado em termos do género do chefe do agregado mostra que os indivíduos que vivem em agregados liderados por mulheres estão em melhor situação económica do que os indivíduos a viver em agregados liderados por homens. Isto deve-se em parte ao facto de que uma grande proporção dos agregados liderados por mulheres estão localizados nos distritos do sul e os agregados estão em melhor situação económica nestas províncias. As diferenças por estado civil do chefe do agregado indicam que o bem-estar é mais elevado em agregados liderados por alguém que é solteiro ou viúvo e existem também mais do último caso na parte sul do país. Todavia, a localização não é a explicação completa porque mesmo quando analisamos agregados liderados por homens e por mulheres em cada distrito (dados não indicados), no geral, os agregados liderados por mulheres estão em melhor situação económica. Para além disso, a Tabela 4 também mostra que a ausência de mulheres adultas num agregado está muito mais fortemente associada à fraca posição económica de um agregado do que a ausência de homens adultos: 18 por cento da população dos agregados sem nenhum homem adulto está no quintil mais pobre, enquanto 29 por cento dos agregados sem mulheres adultas estão na categoria de riqueza mais baixa.

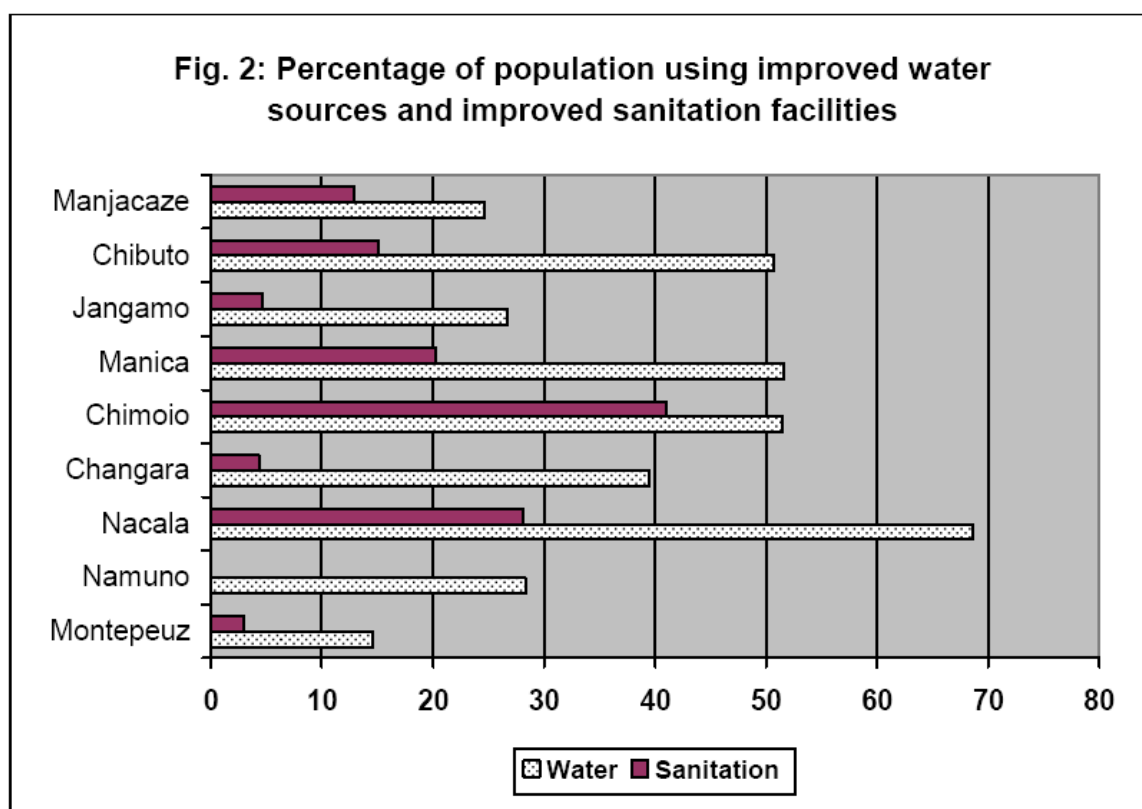
Este breve olhar a algumas características antecedentes dos agregados mostram que existe uma variação substancial nas condições económicas entre os nove distritos. No total, existe um gradiente de bem estar norte-sul sendo os agregados nos distritos norte os mais pobres, os na região centro estão numa situação um pouco melhor e os agregados nos distritos do sul estão claramente no topo da distribuição (nestes nove distritos). O padrão regional é quebrado por diferenças entre as zonas rurais-urbanas e verifica-se que as zonas rurais estão em situação bastante pior que as urbanas. Indo para além da localização, os agregados liderados por mulheres e os agregados liderados por indivíduos que não estão casados ou a viver juntos (na maioria dos casos os dois são o mesmo) estão também em melhor situação do que os agregados liderados por homens e isto porque a ausência de mulheres adultas tem um maior impacto na indicador de riqueza do que a ausência de homens.

c. Água e saneamento: Quarenta por cento da população nestes distritos tem acesso a fontes de água “melhoradas”, sendo estas definidas como água canalizada, poço protegido, ou fontes abertas como águas superficiais e água da chuva (Tabela 6). Os agregados nos distritos de intervenção IHSS têm muito mais probabilidade (45 por cento) de ter acesso a estas fontes do que os agregados nos distritos de comparação (30 por cento) e a diferença é estatisticamente significativa ao nível de 5 por cento. Esta é uma diferença interessante porque o grupo de intervenção IHSS é claramente menos urbano (28 por cento da população está nas zonas urbanas) – do que o grupo de comparação (51 por cento urbano), e a Tabela 6 mostra que as pessoas nas zonas urbanas têm muito mais probabilidade de usar fontes de água melhoradas do que as pessoas nas zonas rurais (53 por cento vs 32 por cento). Existe variação dentro destes dois tipos de grupos com acesso mínimo nos distritos como Montepuez (15 por cento) e pelo menos metade da população a ter acesso em distritos como Chibuto, Chimoio, Manica e Nacala (Figura 2).

Para além das diferenças resultantes da localização física, o acesso a fontes de água melhoradas varia também por riqueza do agregado e este padrão é evidente mesmo nas zonas rurais e urbanas (dados não indicados). Apesar de apenas 30 por cento dos agregados a viver nos 20 por cento de agregados mais pobres terem acesso a fontes de

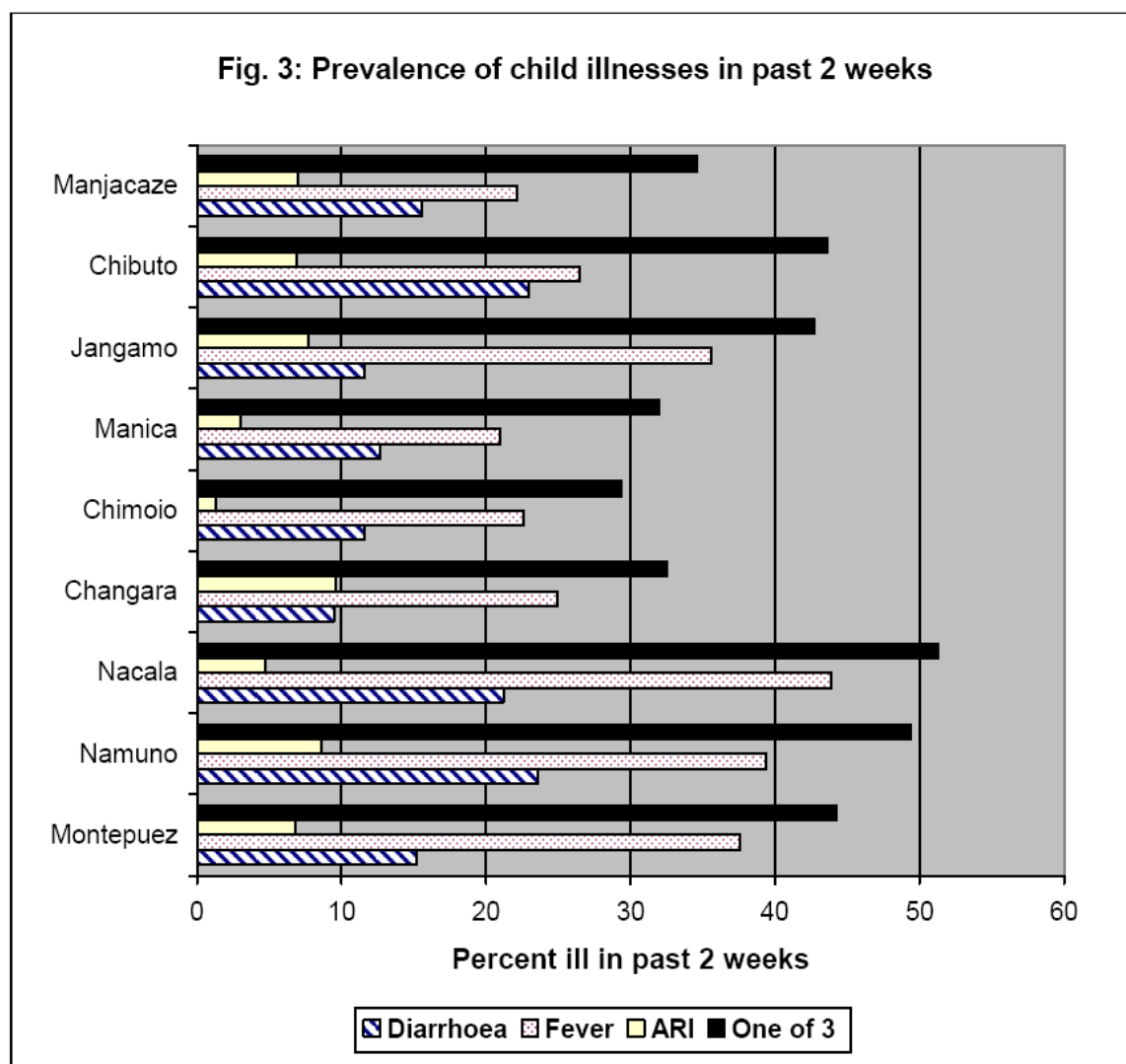
água melhoradas, mais de duas vezes mais agregados (66 por cento) do quintil mais rico beneficiam desta facilidade; existe pouca diferenciação nos últimos 60 por cento de agregados com as diferenças a aparecer apenas nos primeiros 40 por cento. Existe pouca diferenciação por género do chefe do agregado.

Em contraste com o uso de fontes de água melhoradas, apenas 15 por cento da população usa instalações sanitárias melhoradas, sendo estas definidas como casas de banho com ou sem fluxo de água e latrinas melhoradas (Tabela 6). No caso das instalações sanitárias a diferença deve-se principalmente à residência urbana com 31 por cento da população a usar estas instalações e apenas 6 por cento da população rural a ter acesso semelhante; três quartos de todos os utilizadores são residentes urbanos. Todavia, mesmo nas zonas urbanas o uso de saneamento melhorado é muito limitado e mesmo numa cidade portuária como Nacala apenas 28 por cento da população usa casas de banho e latrinas melhoradas. Chimoio está em melhor situação com 41 por cento de utilizadores (Figura 2).



Não existe diferença entre agregados liderados por homens e por mulheres e, em semelhança ao uso de fontes de água melhoradas, não existe diferenciação nos últimos 60 por cento de distribuição da riqueza do agregado. As diferenças principais aparecem para além desse ponto com uma grande iniquidade mesmo dentro dos 40 por cento mais elevados: o quintil mais rico (48 por cento) tem 16 vezes o acesso dos últimos 60 por cento e três vezes o do quintil de riqueza seguinte (16 por cento). É de notar que dois terços de todos os utilizadores destas instalações são do quintil mais rico.

d. Saúde infantil: Esta secção apresenta dados sobre vários indicadores que reflectem resultados de saúde, comportamento de prevenção e tratamento de doenças em crianças com menos de 5 anos de idade.



Nos nove distritos do inquérito e durante um período de cerca de duas semanas, 40 por cento das crianças com menos de 5 anos de idade tiveram diarreia, febre, ou os sintomas de infecção respiratória aguda (IRA). A Figura 3 apresenta um resumo da informação sobre a prevalência destas doenças nos distritos do inquérito. Os nove distritos parecem dividir-se em dois grupos: os com prevalência de diarreia, febre, ou sintomas de IRA superior a 40 por cento e os com prevalência inferior a 40 por cento.¹ O grupo “superior a 40” consiste em Nacala (51 por cento), Namuno (49 por cento), Montepuez (44 por cento), Chibuto (44 por cento) e Jangamo (43 por cento). O grupo “inferior a 40” é composto por Manjacaze (35 por cento), Changara (33 por cento), Manica (32 por cento), e Chimoio (29 por cento). A nomenclatura e o ponto de interrupção (40 por cento) é um pouco arbitrário mas a diferença é real e pode ser tão alta como oito por cento se compararmos o distrito com a prevalência mais baixa

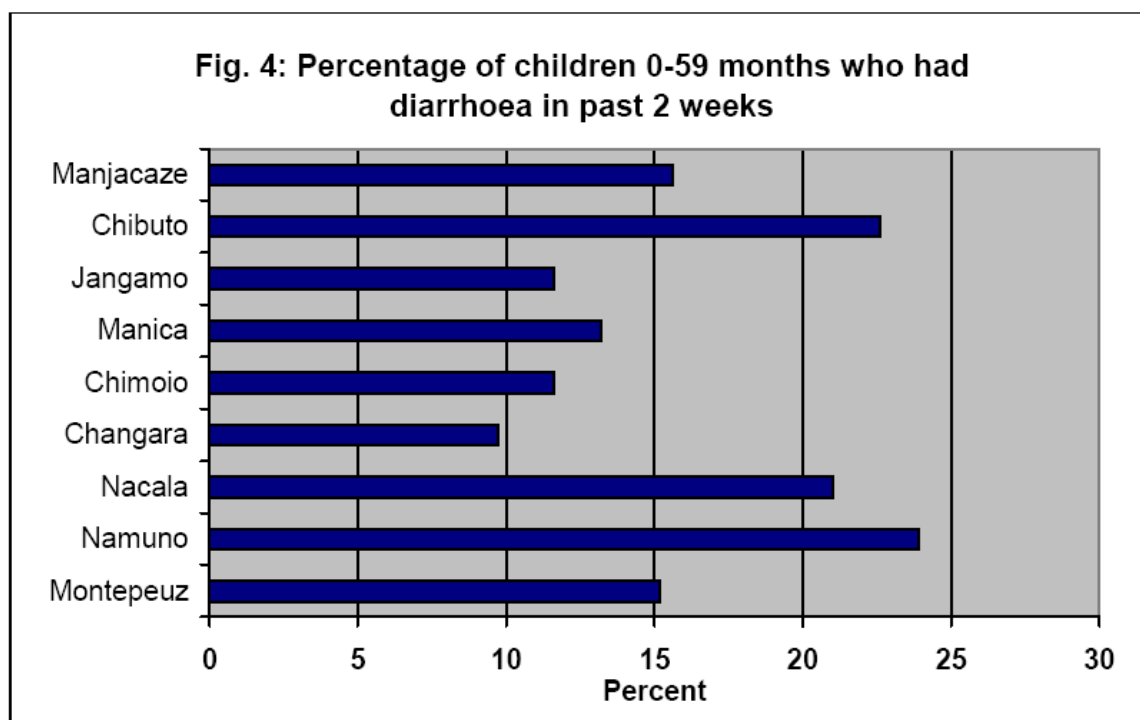
¹ Os resultados são muito semelhantes se, em vez de IRA, considerarmos a prevalência da tosse (independentemente de outros indicadores de IRA).

(Jangamo 43 por cento) no grupo superior a 40 com o distrito com a prevalência mais alta (Manjacaze, 35 por cento) no grupo inferior a 40.

É também de notar que com excepção da região sul, onde a prevalência é mais variada, existe um bom grau de uniformidade nas regiões norte e centro; os três distritos do norte estão no grupo superior a 40, e os três distritos centrais estão no grupo inferior a 40. Os padrões regionais parecem forjar uma mistura rural-urbana porque apesar de Nacala e Chimoio serem ambos distritos urbanos, estão em lados opostos do espectro de prevalência.

Não surpreendentemente, a prevalência das três doenças está interrelacionada pelo que os distritos com prevalência alta (ou baixa) de diarreia também são distritos com prevalência alta (ou baixa) de febre e IRA. Neste contexto, o distrito de Namuno destaca-se por ter a prevalência mais elevada, ou mais perto da elevada, das três doenças. Por outro lado, Chimoio é de destacar por ter a prevalência mais baixa, ou perto da mais baixa, das três doenças. Nas secções seguintes analisamos cada uma das três doenças e o comportamento de tratamento relacionado em mais detalhe.

Diarreia: Dezassete por cento das crianças com menos de 5 anos de idade tiveram diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito (Tabela 7). A prevalência da diarreia é significativamente mais elevada no grupo de intervenção (p -valor=0.047) e a Figura 4 mostra que os nove distritos do inquérito podem ser agrupados em três grupos de prevalência. O grupo de prevalência elevada é composto por Namuno, Chibuto e Nacala onde a prevalência é superior a 20 por cento. O grupo do meio, composto completamente pelos distritos de comparação, é o grupo onde a prevalência se encontra entre 13 e 15 por cento e depois há o grupo de prevalência baixa (Changara, Chimoio, Jangamo) com uma prevalência próxima dos 10 por cento.



A prevalência é marginalmente mais alta em zonas rurais e em agregados liderados por mulheres mas não existe uma variação consistente por riqueza do agregado. Não existe também diferença entre crianças do género feminino e masculino apesar das crianças órfãs terem menos probabilidades de terem tido diarreia. O padrão mais marcante, não surpreendentemente, está relacionado com a idade da criança: quase um quarto de todos bebés e crianças com um ano de idade tiveram diarreia ao longo de um período de duas semanas, mas entre as crianças mais velhas, a prevalência é consideravelmente mais baixa e diminui com a idade. Como os dados sobre padrões de alimentação mostram (posteriormente nesta secção) isto está relacionado com o desmame gradual que ocorre nos primeiros dois anos de vida.

Quase dois terços das crianças que tiveram diarreia foram levadas para uma unidade de saúde para tratamento (Tabela 7). Na maioria dos distritos mais de dois terços são tratadas numa unidade de saúde, sendo Namuno a única excepção, onde menos de metade das crianças com diarreia foram tratadas numa unidade de saúde. Por outro lado, mais de 70 por cento das crianças com diarreia foram levadas para uma unidade de saúde em Changara, Chimoio, Manica, e Chibuto sugerindo que o tratamento para a diarreia é mais prevacente na parte central do país. Os dados não indicam uma diferença estatisticamente significativa entre os distritos de intervenção IHSS e os distritos de comparação.

Para além das diferenças entre distritos existem poucas outras fontes de variação no uso de unidades de saúde. A localização rural-urbana, características do agregado (riqueza e género do chefe do agregado) e o género da criança não parecem estar relacionados com o uso de unidades de saúde para o tratamento da diarreia. O único factor que indica grandes diferenças é a idade da criança e a Tabela 7 mostra que crianças de um ano de idade, sendo as que são cada vez mais desmamadas do leite materno, têm muito mais probabilidade de serem levadas para uma unidade de saúde para tratamento (73 por cento das crianças com diarreia são levadas para uma unidade de saúde para receber tratamento).²

Setenta e três por cento das crianças que tiveram diarreia receberam terapia de rehidratação oral (TRO), sendo esta definido como “sais de rehidratação oral ou uma solução caseira adequada” (Tabela 8). O uso de TRO é substancialmente mais baixo em Namuno (59 por cento), e Montepuez (67 por cento), mas está muito perto da média ou substancialmente mais alto que a média nos outros distritos. O uso de rehidratação oral é mais baixo nas zonas rurais, mas não existe diferença significativa entre os distritos de intervenção e os distritos de comparação e nenhuma diferença consistente por riqueza ou outras correlações; as crianças órfãs aparentam ter menos probabilidade de receber TRO mas há muito poucas observações para permitir extrair uma conclusão significativa deste resultado.

Três quartos das crianças que tiveram diarreia também receberam tratamento domiciliário adequado, sendo este definido como mais líquidos e uma alimentação contínua (Tabela 8).³ As crianças nos distritos de comparação têm muito mais

² Apesar de aparentar haver uma diferença significativa entre crianças órfãs e crianças com ambos os progenitores vivos, o tamanho da amostra é muito pequeno para extrair conclusões relevantes relativas ao estatuto de orfandade.

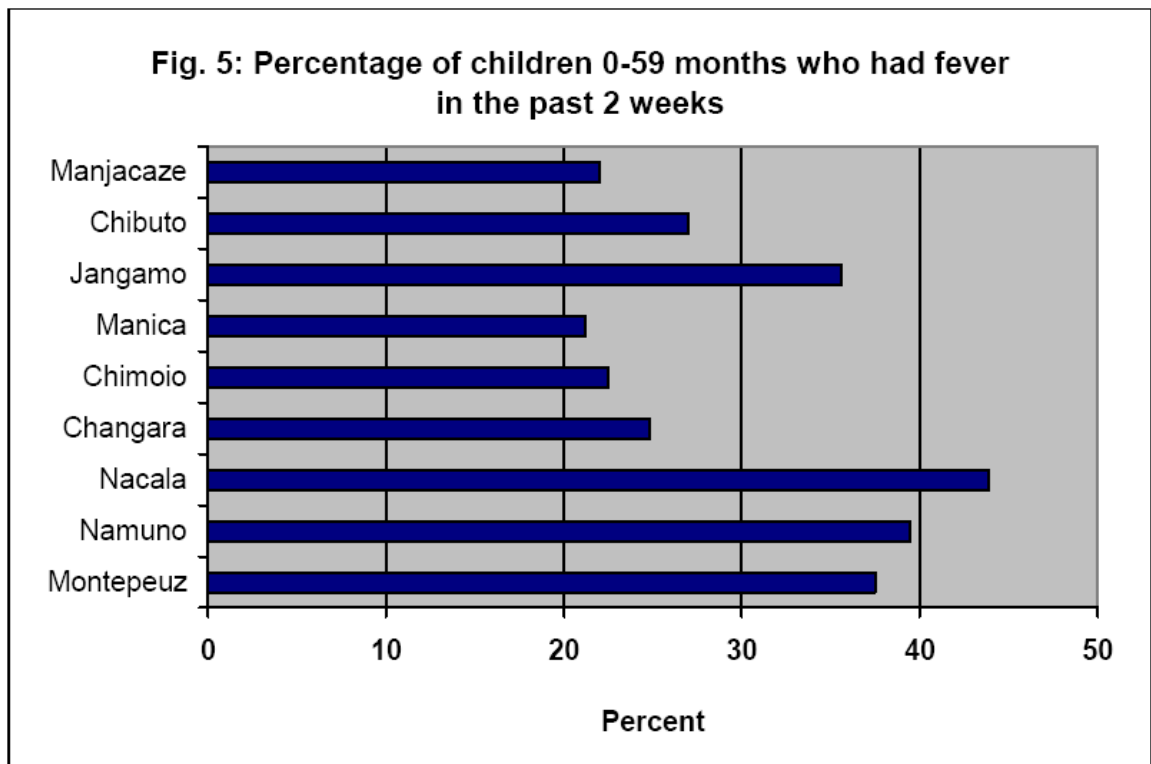
³ Em termos do questionário, isto é definido como CA3=3, 4, ou 5 e CA4=3, 4 ou 5. É de notar que isto é um pouco diferente da definição do Indicador 34 MICS no Manual MICS. No manual o

probabilidade de receber tratamento domiciliário adequado para a diarreia e a diferença é estatisticamente significativa mesmo ao nível de um por cento. Este padrão deve-se em grande parte ao facto dos dois distritos com menos de 75 por cento das crianças a receber tratamento domiciliário – Changara (53 por cento) e Chibuto (64 por cento) estarem no grupo de intervenção. Para além destas variações as diferenças por localização (rural-urbana), riqueza do agregado e características das crianças são de uma magnitude muito menor e não indicam um padrão consistente de cuidados diferenciados. Uma diferença que se destaca é entre agregados liderados por homens e por mulheres: 81 por cento das crianças em agregados liderados por mulheres receberam tratamento domiciliário adequado em comparação com 73 por cento de crianças em agregados liderados por homens. Isto não é completamente atribuído aos padrões regionais de liderança feminina porque dois dos três distritos do norte, que têm agora baixos níveis de liderança feminina, têm níveis elevados de tratamento domiciliário.

Os dois tratamentos – TRO e soluções domiciliárias adequadas – são complementares: 57 por cento das crianças que receberam TRO também receberam mais líquidos e continuaram a comer e mesmo entre as crianças que não receberam TRO 16 por cento recebeu tratamento domiciliário adequado (dados não indicados nas tabelas). O resultado líquido é que apenas nove por cento das crianças com diarreia não receberam TRO nem tratamento domiciliário adequado. O que é mais preocupante é que o conjunto de crianças mais vulnerável – crianças com menos de um ano de idade – têm mais probabilidade de não receber nenhum destes tratamentos (Tabela 8). As tentativas de abordar esta questão podem ser focadas geograficamente uma vez que a Tabela 8 também mostra que as crianças em Namuno e as crianças em zonas rurais têm, em geral, menos probabilidade de receber um destes dois tipos de tratamento para a diarreia.

Febre, malária e redes mosquiteiras: Trinta por cento das crianças com menos de 5 anos de idade tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito mas existe variação considerável em todos os distritos (Figura 5 e Tabela 9).

indicador é definido como “mais” líquidos e alimentação continuada de sólidos (um pouco menos, o mesmo ou mais)” mas a especificação actual em termos de variáveis é CA3=3 e CA4=3, 4, ou 5. Isto é estranho porque CA3=3 significa “mesmo” (ou um pouco menos) enquanto 4 e 5 se referem ao mesmo ou a mais.



A prevalência é marcadamente mais alta na região norte. 44 por cento de crianças em Nacala tiveram febre ao longo de um período de duas semanas sendo que os outros dois distritos do norte tiveram uma prevalência na ordem de 40 por cento. Com exceção de Jangamo, onde a prevalência foi de 36 por cento, nenhum dos outros distritos neste inquérito teve uma prevalência superior a 30 por cento, sendo que três tiveram uma prevalência mais próxima de 20 por cento.

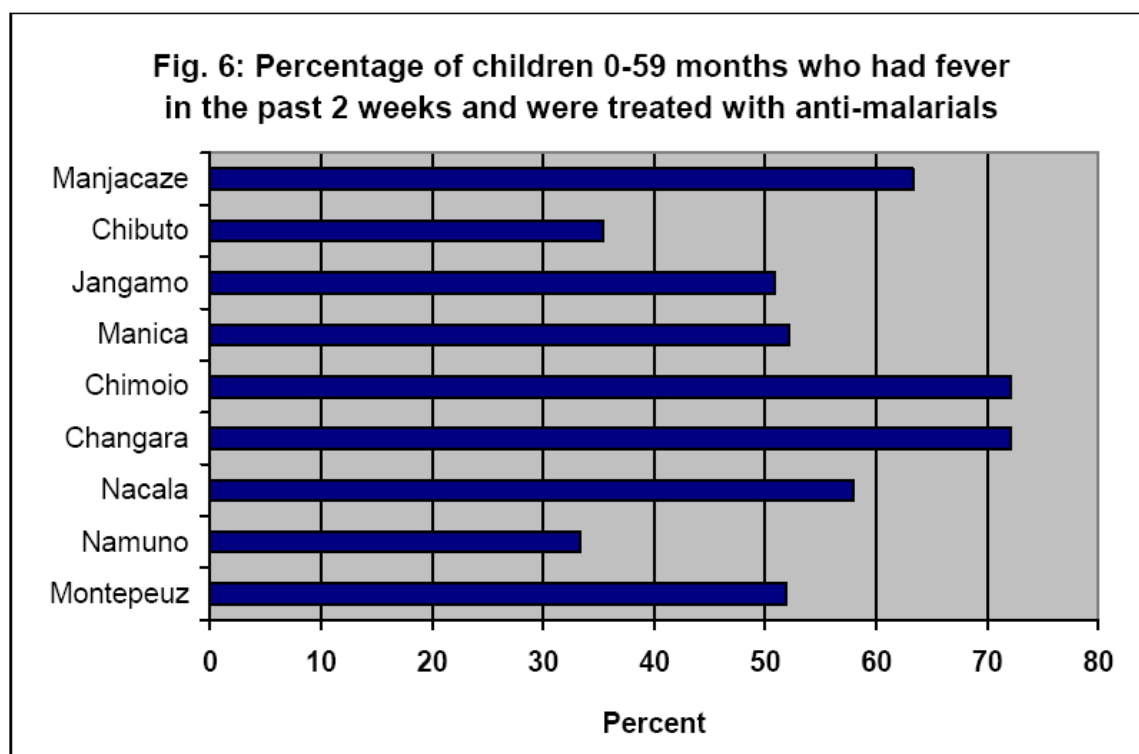
As crianças nos distritos de intervenção IHSS têm mais probabilidade de ter febre do que as crianças nos distritos de comparação (a diferença é significativa apenas ao nível de 10 por cento), mas não existe diferença entre zonas rurais e urbanas. As diferenças entre agregados são em grande parte ditadas pelas grandes diferenças regionais, e por isso, a prevalência é superior nos últimos três quintis e em agregados liderados por homens, ambos predominantes nos distritos do norte. Não existem diferenças entre crianças do sexo masculino e feminino, mas existem diferenças por idade e por estatuto de orfandade: os bebês (menos de 1 ano de idade) e crianças de quatro anos de idade têm menos probabilidade de ter febre e a prevalência entre órfãos é de dois terços a prevalência entre crianças com ambos os progenitores vivos.

Dois terços das crianças que tiveram febre foram levadas para uma unidade de saúde para tratamento (Tabela 9), e as crianças que são dos distritos de comparação têm mais probabilidade de receber tratamento (74 por cento vs 65 por cento nos distritos IHSS); todavia, a diferença é estatisticamente significativa apenas no nível de 10 por cento. Existe variação substancial em todos os distritos. Alguns distritos como Changara, Chimoio, e Manjacaze destacam-se por terem mais de 80 por cento de crianças tratadas numa unidade de saúde, enquanto outros como Manica, Jangamo, Montepuez e Namuno têm menos de dois terços das crianças tratadas numa unidade de saúde. Do último grupo, Namuno é particularmente marcante na medida em que apenas 45 por cento das crianças foram tratadas numa unidade de saúde; isto é de notar

porque quase 40 por cento das crianças em Namuno tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito.

Dado o fraco acesso a unidades de saúde nas zonas rurais, não é surpreendente que menos crianças rurais com febre (64 por cento vs 77 por cento em zonas urbanas) sejam levadas para uma unidade de saúde para tratamento. Existem diferenças notáveis por estatuto económico tendo as crianças de agregados mais ricos mais probabilidade de receber tratamento numa unidade de saúde. Não existem diferenças entre agregados liderados por homens e por mulheres e entre crianças do sexo masculino e feminino. A outra única diferença marcante é por idade em que as crianças mais novas têm mais probabilidade de receber tratamento.

Das crianças que tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito, 51 por cento foram tratadas com medicamentos contra a malária (fansidar, artimisinina, e quinino). Fansidar é o medicamento preferido e 49 por cento das crianças com febre foram tratadas com este medicamento; sete por cento das crianças foram tratadas com artimisinina e quinino (Tabela 10). Existe muita variação entre os distritos e a Figura 6 mostra que num extremo estão Chimoio (72 por cento), Changara (72 por cento) e Manjacaze (63 por cento) onde quase duas em três crianças são tratadas com medicamentos contra a malária, e no outro extremo estão Chibuto (35 por cento) e Namuno (33 por cento) onde apenas uma em três crianças são tratadas com estes medicamentos. O tratamento com medicamentos contra a malária é mais provável nos distritos de comparação e a diferença é estatisticamente significativa a 5 por cento. O tratamento é também mais provável em zonas urbanas, e há uma associação distinta com a riqueza do agregado pela qual as crianças de agregados mais ricos têm mais probabilidade de ser tratadas com estes medicamentos (Tabela 9). Ao mesmo tempo, não há diferença entre agregados liderados por homens e por mulheres, e nenhuma diferença consistente por característica da criança; uma excepção é a probabilidade significativamente mais alta de tratamento para crianças de dois anos de idade e alguma indicação de uma maior probabilidade de tratamento de órfãos, apesar da pequena dimensão da amostra exigir caução.



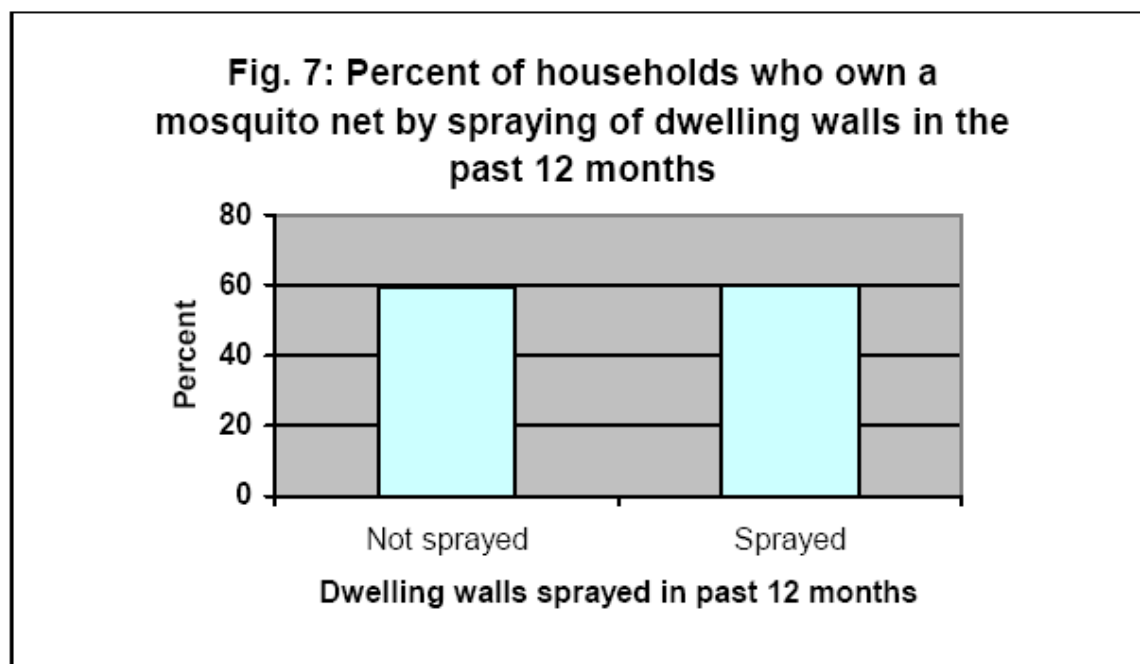
As redes mosquiteiras, particularmente as tratadas, reduzem muito a probabilidade de se ser picado por mosquitos portadores de malária. É possível obter um efeito de protecção semelhante através da pulverização das paredes de uma habitação com insecticidas como DDT.

A Tabela 11 mostra que 60 por cento dos agregados possuem uma rede e mais de 70 por cento dos agregados possuem uma rede nos distritos norte de Montepuez e Namuno, mas apenas 50 por cento possuem redes em Nacala, Changara, Chibuto e Manjacaze. Não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os distritos de intervenção e de comparação e também entre zonas rurais e urbanas, mas as características do agregado aparentam ter algum impacto na propriedade de uma rede mosquiteira. Os agregados em melhor situação financeira têm mais probabilidade de possuir uma rede, mas os agregados liderados por mulheres, que estão em melhor situação económica que os agregados liderados por homens, têm menos probabilidade de possuir uma rede; isto deve-se provavelmente ao nível elevado de liderança feminina nos distritos do sul onde menos agregados possuem redes. Entre os agregados que têm uma rede, um agregado tem, em média, duas redes mosquiteiras.

A pulverização das paredes das habitações é muito menos prevalente. A Tabela 11 mostra que apenas 31 por cento dos agregados pulverizaram as suas paredes nos últimos 12 meses. Estes dados sugerem que em alguns distritos – Montepuez, Namuno, e Jangamo – a pulverização é praticamente inexistente, mas noutros distritos, particularmente os que estão na parte sul do país, quase 60 por cento das paredes das habitações foram pulverizadas. Os agregados no grupo de comparação têm mais probabilidade de ter tido as paredes da sua habitação pulverizadas (36 por cento vs 28 por cento em distritos IHSS) e a diferença é estatisticamente significativa no nível de 5 por cento. A pulverização é claramente mais prevalente nas zonas urbanas, e também mais provável entre agregados que estão em melhor

situação económica, agregados liderados por mulheres, e agregados em que o chefe do agregado é viúvo ou nunca se casou.

A Tabela 11 mostra que a propriedade de redes mosquiteiras é mais prevalente na parte norte do país e a pulverização das paredes da habitação é mais prevalente no sul, mas não existem indícios de que a nível do agregado a ausência de uma seja compensada pela presença da outra. A Figura 7 mostra que os agregados que não pulverizaram as paredes das suas habitações nos últimos 12 meses têm tanta probabilidade de possuir uma rede mosquiteira como aqueles cujas paredes foram pulverizadas.

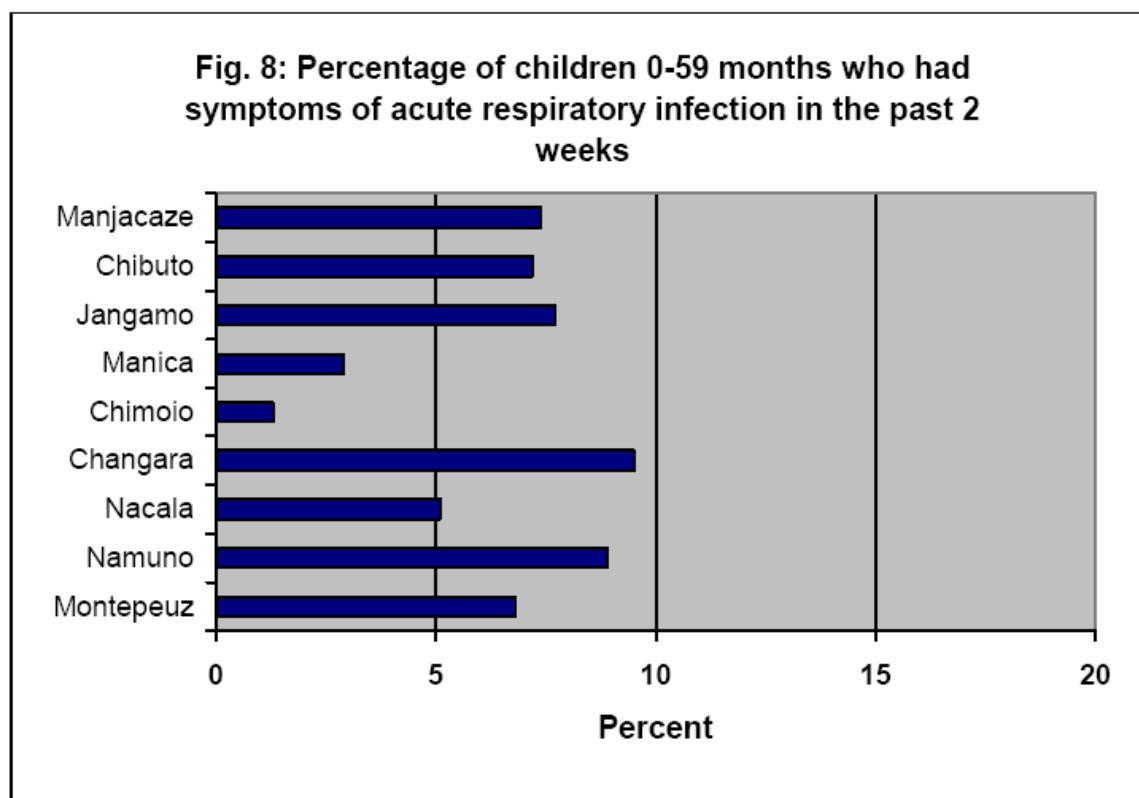


A seguir podemos analisar uma medida mais directa de protecção actual – a percentagem de crianças com menos de 5 anos que dormiu sob uma rede mosquiteira na noite anterior ao inquérito (Tabela 12). Duas em cada cinco crianças com menos de 5 anos de idade dormiram sob uma rede mosquiteira na noite anterior ao inquérito mas existe muita variação em todos os distritos do inquérito. Num extremo pelo menos metade das crianças nos distritos norte de Montepuez (63 por cento) e Namuno (51 por cento) dormiram sob uma rede, e no outro extremo menos de uma em cinco estiveram protegidas nos distritos sul de Chibuto (17 por cento) e Manjacaze (19 por cento). Não existe nenhuma diferença entre zonas rurais e urbanas mas a utilização é maior nos distritos de comparação, e a diferença é estatisticamente significativa a 5 por cento. A maior propriedade de redes entre os agregados em melhor situação financeira não se traduz numa cobertura superior de crianças jovens porque os agregados mais ricos têm tendência a ter mais crianças jovens, e existe alguma confusão no resultado geográfico resultante do baixo uso nos distritos do sul que estão em melhor situação económica. Todavia, as crianças do quintil mais pobre de agregados têm muito menos probabilidade de estar protegidas por uma rede (30 por cento vs pelo menos 40 por cento no resto da população). As crianças em agregados liderados por mulheres têm menos probabilidade de estar protegidas e parte disto reflecte a maior concentração de agregados liderados por mulheres nos distritos

do sul onde o uso de redes é mais baixo. Não surpreendentemente, não existem diferenças por características das crianças.

Finalmente, a Tabela 12 também apresenta dados sobre o uso de redes mosquiteiras por crianças em agregados cujas paredes da habitação não foram pulverizadas nos últimos 12 meses. A Figura 7 mostrou que não existe uma associação entre a pulverização das paredes da habitação e a propriedade de uma rede mosquiteira, e a mesma relação é evidente na Tabela 11 que mostra que o uso de redes mosquiteiras em agregados que não fazem a pulverização das paredes é quase idêntica ao grupo maior que não faz diferenciação com base na pulverização.

Sintomas e tratamento de IRA: Seis por cento de crianças com menos de 5 anos de idade exibiram sintomas de infecção respiratória aguda (IRA), sendo estes tosse, febre e problemas no peito (Tabela 13). Existe variação nos nove distritos com prevalência elevada (em relação à média geral) nos três distritos do sul, dois dos três distritos norte (Montepuez e Namuno). A região centro exibia grandes diferenças com prevalência elevada em Changara (9.5 por cento) mas prevalência baixa em Chimoio e Manica (Figura 8).



Não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os distritos de intervenção e os distritos de comparação, mas existe uma diferença significativa entre zonas rurais e urbanas sendo a prevalência nas zonas rurais duas vezes a das zonas urbanas. A prevalência está claramente associada ao bem-estar económico do agregado e é consistentemente mais baixa para os quintis de riqueza mais elevados. Nenhum dos factores analisados na Tabela 13 indica uma associação com a prevalência de sintomas de IRA.

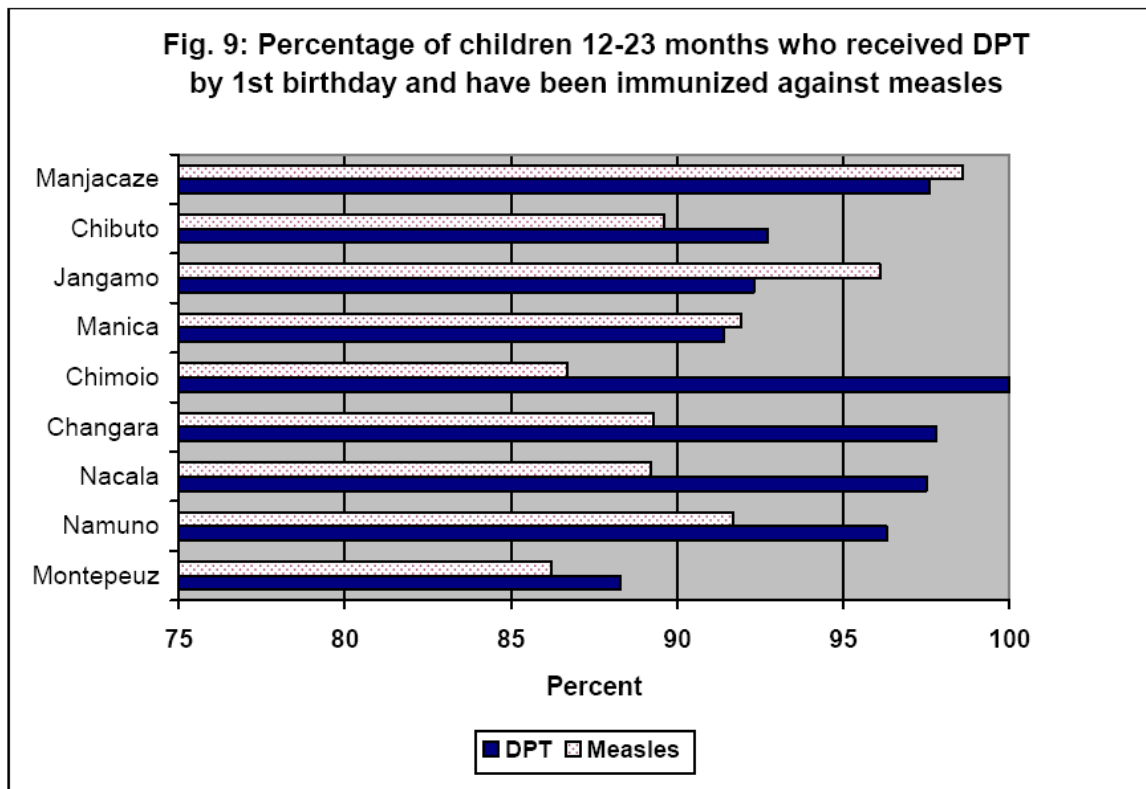
A prevalência relativamente baixa de sintomas de IRA traduz-se numa amostra de apenas 204 crianças com sintomas de IRA. Isto limita a nossa capacidade de analisar padrões de tratamento, e impede a extracção de conclusões fortes; os erros padrão são apresentados para cada estimativa e estes podem ser usados para definir intervalos de confiança para as estimativas. A Tabela 13 apresenta dados sobre tratamentos, e como uma regra geral, discutimos apenas as estimativas que são baseadas em pelo menos 25 observações.

A Tabela 13 mostra que dois terços das crianças que tiveram sintomas de IRA receberam algum tratamento, apesar de estar claro que apenas 18 por cento receberam antibióticos. As crianças nos distritos dos grupos de intervenção têm menos probabilidade de ter recebido (qualquer) tratamento do que as crianças no grupo de comparação, apesar de terem mais probabilidade de terem sido tratadas com antibióticos (21 por cento vs 12 por cento nos distritos de comparação). Todavia, nenhuma destas diferenças é estatisticamente significativa. De modo semelhante, apesar das crianças em zonas urbanas terem mais probabilidade de ter recebido tratamento do que as crianças em zonas rurais, é mais provável que os antibióticos tenham sido usados em zonas rurais. Não parecem haver diferenças consistentes por característica das crianças, mas o estatuto económico do agregado é associado de forma positiva a (qualquer) tratamento (as crianças em melhor situação económica têm mais probabilidade de serem tratadas). As crianças dos dois quintis mais pobres têm menos probabilidade de serem tratadas com antibióticos.

Imunização: A cobertura da imunização nos nove distritos do inquérito é quase universal. Noventa e cinco por cento das crianças entre 12 a 23 meses de idade receberam as três doses de imunização DPT até ao primeiro aniversário e 91 por cento receberam uma vacina contra o sarampo (Tabela 14).⁴ Montepuez e Manica têm uma cobertura ligeiramente mais baixa de ambas as vacinas, mas mesmo nestes distritos a cobertura ultrapassa os 85 por cento (Figura 9). As diferenças entre os distritos de intervenção e os distritos de comparação e entre as zonas urbanas e rurais são mínimas e não são estatisticamente significativas para DPT ou para vacinas contra o sarampo. Também não existem diferenças significativas por agregado e por características individuais.

Alimentação infantil: A amamentação é quase universal nos nove distritos do inquérito, e a maioria das crianças começam a amamentar logo após o nascimento. A Tabela 15 mostra que quase três quartos de todas as mulheres amamentam os seus filhos uma hora após o nascimento. Outras 20 por cento amamentam-nos um dia após o nascimento, implicando que 95 por cento dos recém-nascidos começam a amamentar no primeiro dia de vida (Tabela 15). Existem diferenças entre os distritos pelo que a amamentação começa mais tarde em Chibuto, Nacala, Manjacaze e Namuno (nessa ordem). Começa também mais tarde nos distritos de intervenção IHSS, e a diferença é estatisticamente significativa no nível de 10 por cento. As mulheres que estão nos dois quintis de riqueza mais altos, e nos agregados liderados por mulheres, também começam mais tarde, em semelhança às mulheres com menos de 20 anos de idade, e às que estão separadas, divorciadas ou viúvas.

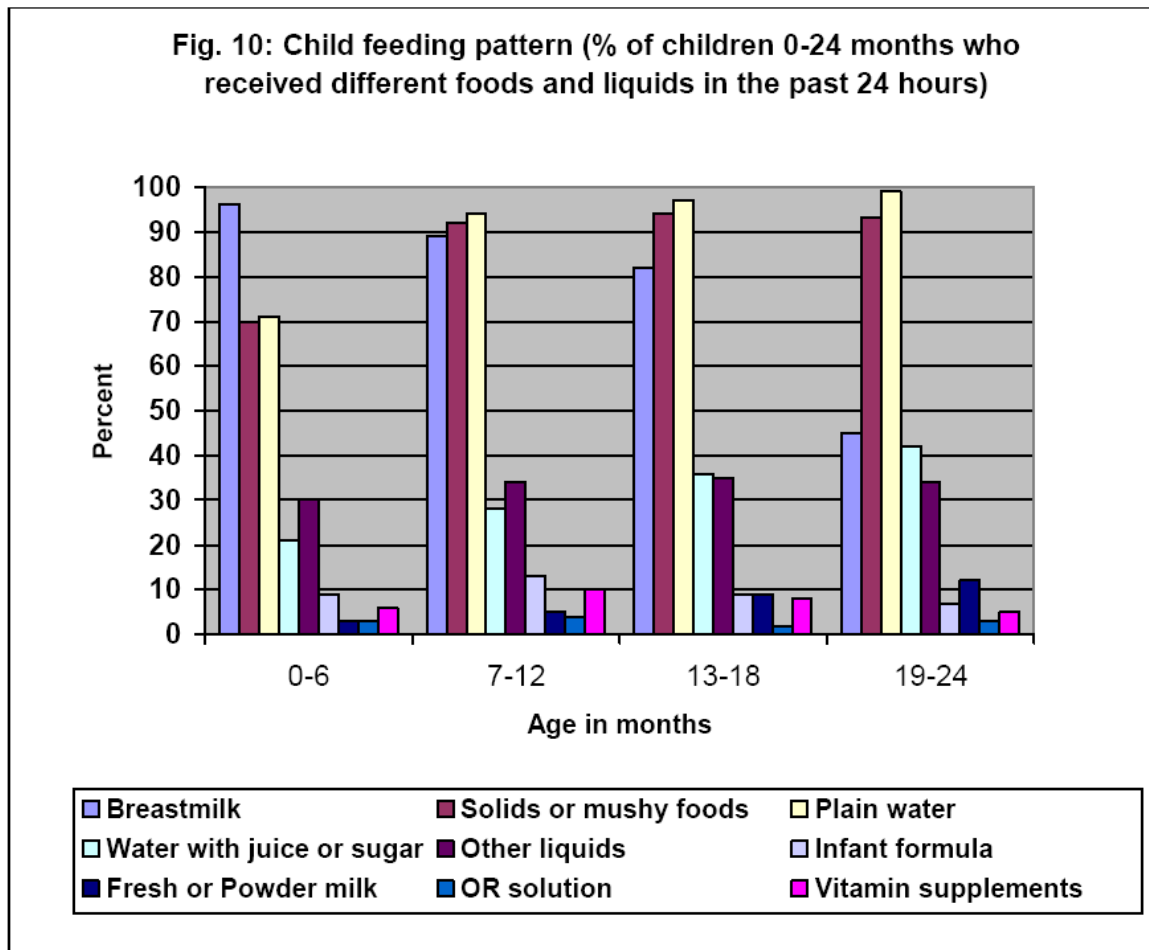
⁴ As estimativas da imunização DPT são baseadas apenas nos casos com informação disponível sobre as datas das três imunizações, ou quando menos de três datas estavam disponíveis mas a análise dos dados indicava que as três vacinas foram administradas e a última data disponível é para a terceira vacina de DPT.



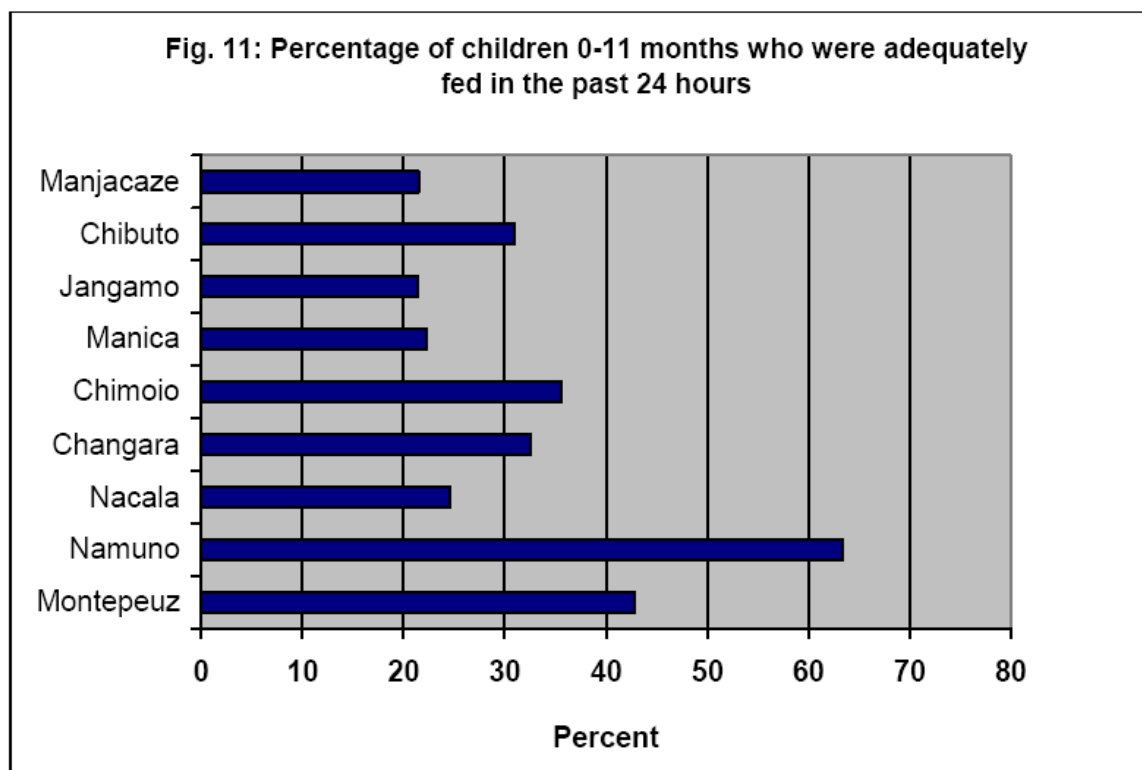
Apesar destes dados sobre amamentação serem muito encorajadores, os dados sobre padrões de amamentação levantam preocupações porque outros alimentos e líquidos são introduzidos muito cedo na vida de uma criança (Figura 10). A Tabela 16 mostra que quase dois terços das crianças com menos de 6 meses de idade beberam água e consumiram alimentos sólidos ou moles nas 24 horas anteriores ao inquérito. Proporções relevantes também consumiram “outros líquidos” (31 por cento) e água com sumo ou açúcar (21 por cento). O resultado disto é que apenas 22 por cento das crianças dos 0 aos 5 meses de idade receberam uma alimentação adequada – ou seja, exclusivamente amamentação – para a sua idade (Tabela 17). As crianças nas zonas rurais têm mais probabilidade de serem exclusivamente amamentadas do que as crianças em zonas urbanas, e as crianças de agregados mais pobres e de agregados liderados por homens têm também mais probabilidade de serem exclusivamente amamentadas; as raparigas têm também mais probabilidade de serem exclusivamente amamentadas que os rapazes. Não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os distritos dos grupos de intervenção e os de comparação.

A amamentação é mais mista na segunda metade do primeiro ano de vida. As crianças continuam a ser amamentadas (90 por cento), mas têm também igual probabilidade de consumir alimentos sólidos e semi-sólidos (91 por cento), e água (93 por cento). A Tabela 17 mostra que 44 por cento das crianças dos 6 aos 11 meses de idade foram alimentadas de forma adequada nas 24 horas anteriores ao inquérito; alimentadas de forma adequada é definido como consumir leite materno e alimentos complementares pelo menos duas vezes nas últimas 24 horas. Estes dados mostram que nas áreas de estudo 44 por cento das crianças dos 6 aos 11 meses de idade são alimentadas de forma adequada. Existe uma variação considerável entre os distritos. De um lado estão distritos como Changara (68 por cento), Namuno (55 por cento), e Nacala (52 por cento) onde pelo menos metade de todas as crianças dos 6 aos 11

meses recebem uma alimentação adequada. Do outro estão Jangamo (32 por cento), e Montepuez (33 por cento) onde não mais de um terço recebe uma alimentação adequada. Não existe nenhuma diferença entre zonas rurais e urbanas e mesmo a pequena diferença entre distritos de intervenção e de comparação não é estatisticamente significativa. Em semelhança ao padrão entre as crianças mais novas (0 a 5 meses de idade) as dos quintis mais pobres e de agregados liderados por homens têm mais probabilidade de serem alimentadas de forma adequada do que as crianças de agregados em melhor situação económica e liderados por mulheres (respectivamente).

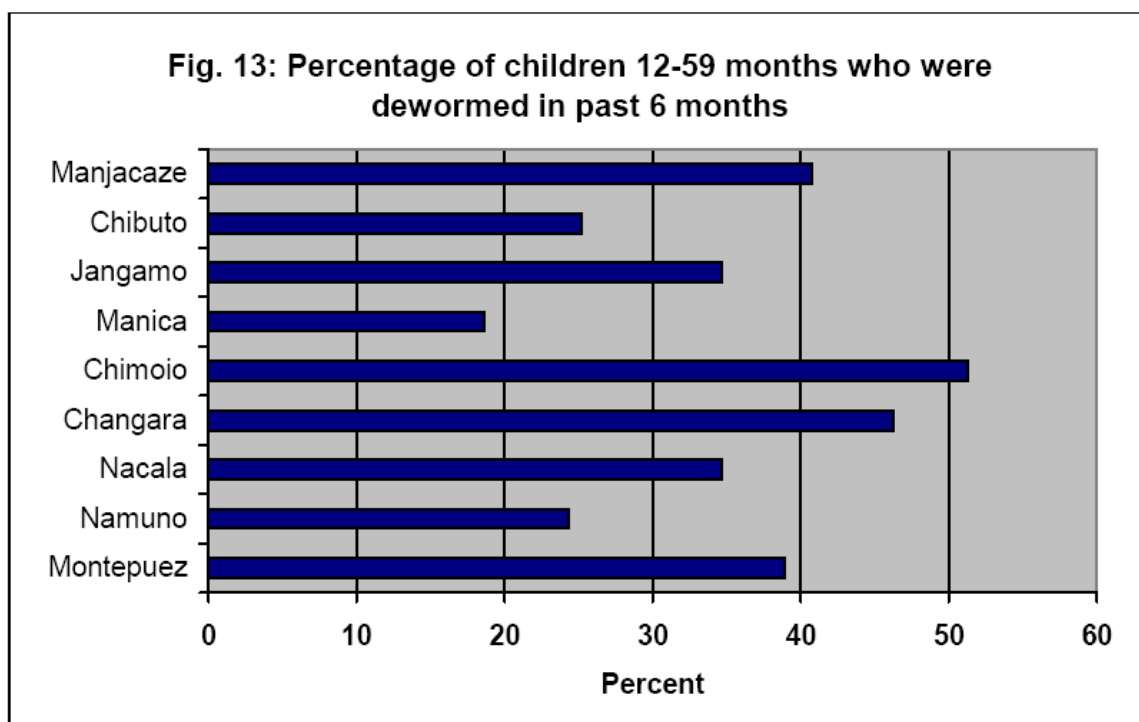
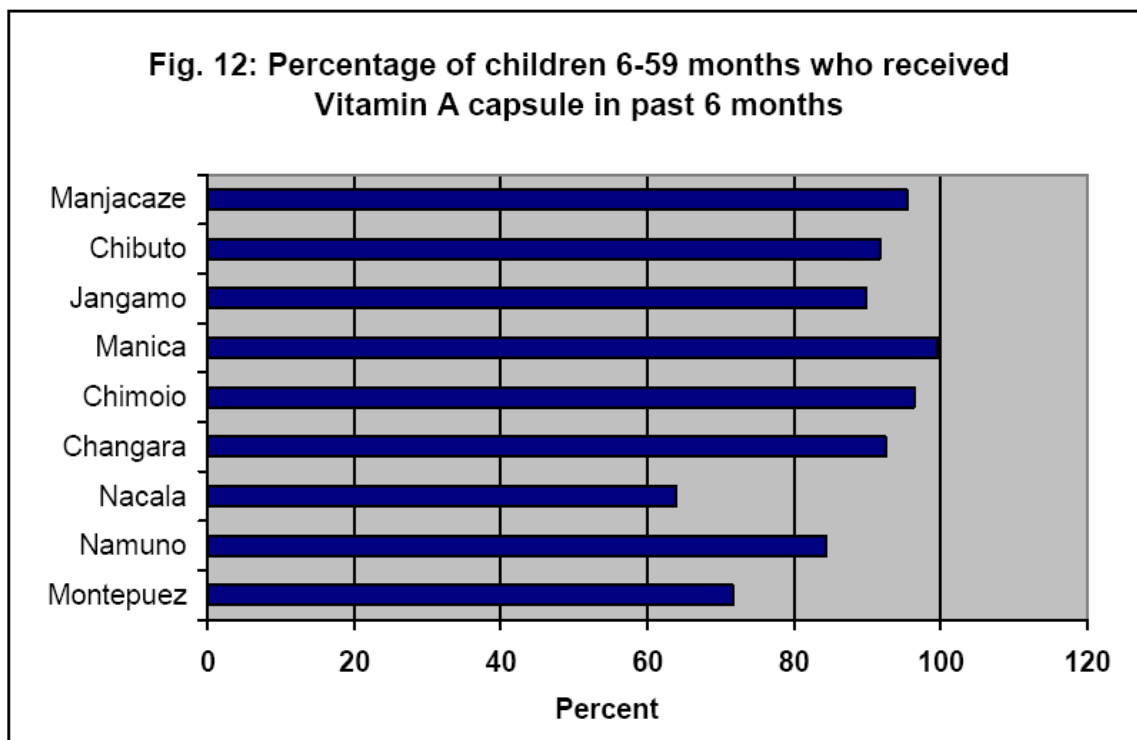


No conjunto, estes dados sugerem que apenas 34 por cento das crianças com menos de 12 meses de idade recebem uma alimentação adequada nestes nove distritos (Figura 11 e Tabela 17). Apenas três distritos (Chimoio, Montepuez, e Namuno) ultrapassam a média global e o que é mais interessante é que o distrito com a percentagem mais elevada de crianças alimentadas de forma adequada é Namuno (63 por cento), que de maneira diferente tem indicadores de saúde muito fracos. É também interessante que as crianças de agregados mais pobres e de agregados liderados por homens têm mais probabilidade de serem alimentadas de forma adequada do que as crianças em melhor situação económica.



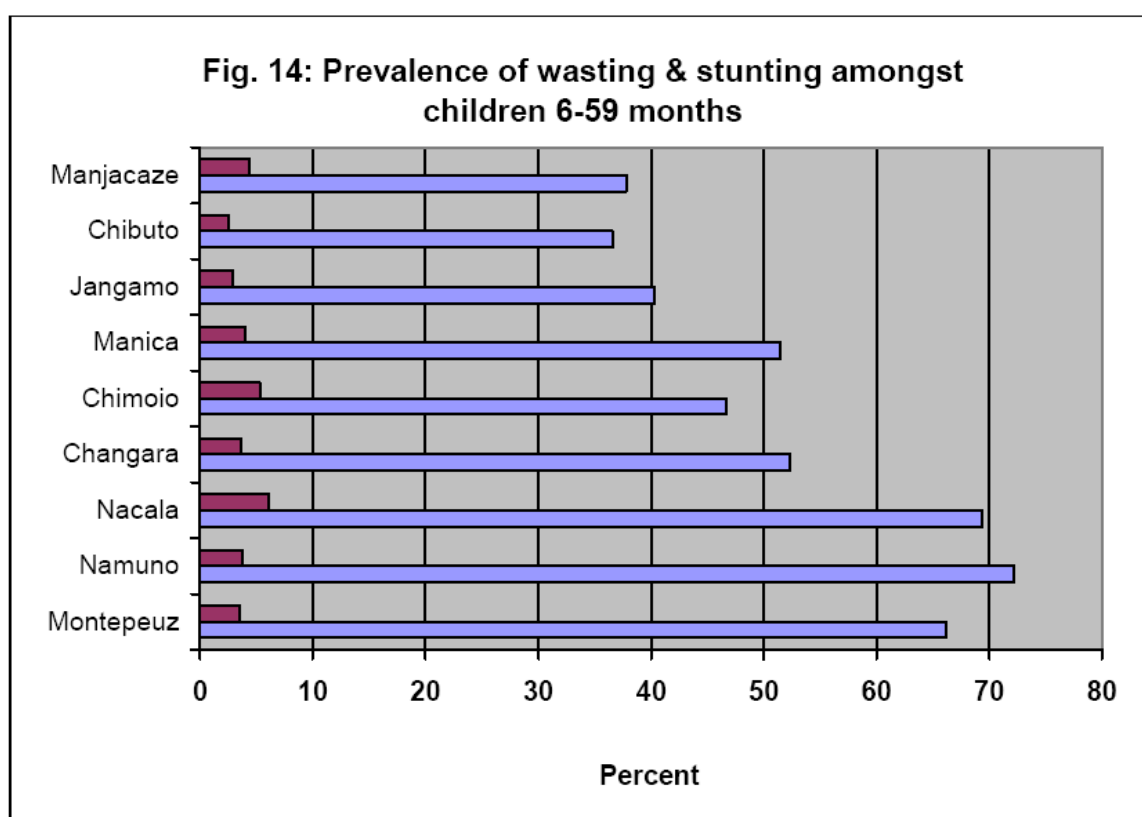
Vitamina A: A maioria das crianças (89 por cento) dos 6 aos 49 meses de idade ingeriu uma cápsula de vitamina A nos seis meses anteriores ao inquérito (Tabela 18). Apesar da cobertura ser uniformemente elevada na maioria dos distritos, dois distritos – Nacala (64 por cento) e Montepuez (72 por cento) – destacam-se por terem uma cobertura significativamente baixa (Figura 12). Existe pouca diferença entre distritos de intervenção e de comparação, mas a cobertura é ligeiramente superior nas zonas rurais; isto deve-se em grande parte à baixa cobertura em Nacala, um distrito urbano. Uma cobertura uniformemente elevada significa necessariamente que não existem diferenças por característica dos agregados ou por características das crianças.

Desparasitação: Apenas pouco mais de um terço (34 por cento) de todas as crianças entre 12 a 59 meses de idade foram desparasitadas nos seis meses anteriores ao inquérito (Tabela 19). Mais de 40 por cento das crianças receberam este tratamento em Manjacaze, Changara, e Chimoio enquanto menos de uma em cinco receberam o tratamento no distrito de Manica e apenas cerca de uma em quatro receberam o tratamento em Namuno e Chibuto (Figura 13). Não existe muita diferença entre os distritos de intervenção e os de comparação mas a cobertura é mais baixa nas zonas rurais destes nove distritos. As crianças de agregados em melhor situação económica têm mais probabilidade de serem desparasitadas. Apesar de não haver diferenças entre crianças do sexo masculino e feminino, as crianças órfãs têm ligeiramente menos probabilidade de serem desparasitadas e as que têm apenas um ano de idade têm menos probabilidade de ter recebido este tratamento.



Estado nutricional: Os dados antropométricos indicam que nos nove distritos abrangidos pelo inquérito, apenas 4 por cento das crianças dos 6 aos 59 meses de idade estavam debilitadas, mas 15 por cento estavam com peso a menos para a idade, e 52

porcento estavam com baixa estatura para a idade (Tabela 20).⁵ A prevalência da desnutrição é baixa e isto indica que na altura do inquérito, a população inquirida tinha baixos níveis de stress nutritivo (curto prazo). Todavia, está claro que a população de crianças inquirida sofreu quebras nutritivas regulares no passado porque a baixa altura para a idade, que reflecte o impacto acumulado do stress nutritivo regular, é extremamente elevado. O facto de 52 por cento das crianças estarem com baixa estatura para a idade significa que, com efeito, as crianças nestes distritos estão, em geral, com baixa estatura para a idade.



Existe grande variação no estado nutricional nos distritos com um gradiente norte-sul sendo que os distritos do norte têm os piores níveis de estado nutricional, os centrais estão um pouco melhores e os do sul são claramente os menos privados (Figura 14). Nos distritos do norte, pelo menos dois terços das crianças com menos de 5 anos estão com baixa estatura para a idade. Na região centro, cerca de metade das crianças estão com baixa estatura para a idade, e nos distritos do sul apenas uma em três crianças está com baixa estatura para a idade. Outras diferenças de localização – entre distritos de intervenção e de comparação e entre zonas rurais e urbanas – são mínimas, a diferença intervenção-comparação é estatisticamente significativa apenas para peso para a idade e também apenas a 1 por cento.

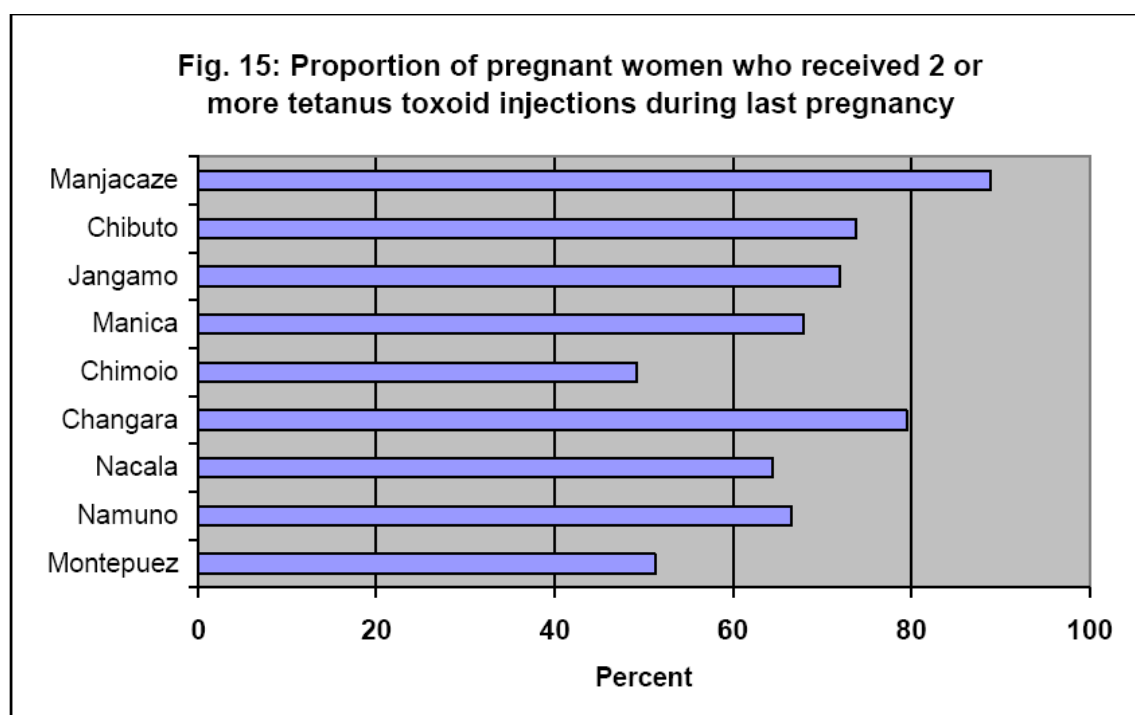
O estatuto económico está claramente correlacionado com o estado nutricional uma vez que a incidência de baixa estatura e baixo peso para a idade é consistentemente mais baixa para crianças de agregados em melhor situação económica. Não existem

⁵ Usou-se o pacote de software antropométrico ANTHRO da OMS para obter os índices antropométricos, e todas as observações marcadas (pelo pacote de software) foram excluídas das análises; estas incluem valores isolados.

diferenças significativas entre crianças do sexo masculino e feminino mas, como seria de esperar, existe uma diferença significativa na incidência de baixa estatura para a idade entre crianças que ainda estão a ser (em grande parte) amamentadas (crianças com menos de um ano de idade) e as que são mais velhas. De certa forma surpreendentemente, as crianças órfãs têm muito menos probabilidade de estarem com baixa estatura para a idade do que as crianças com ambos os progenitores vivos.

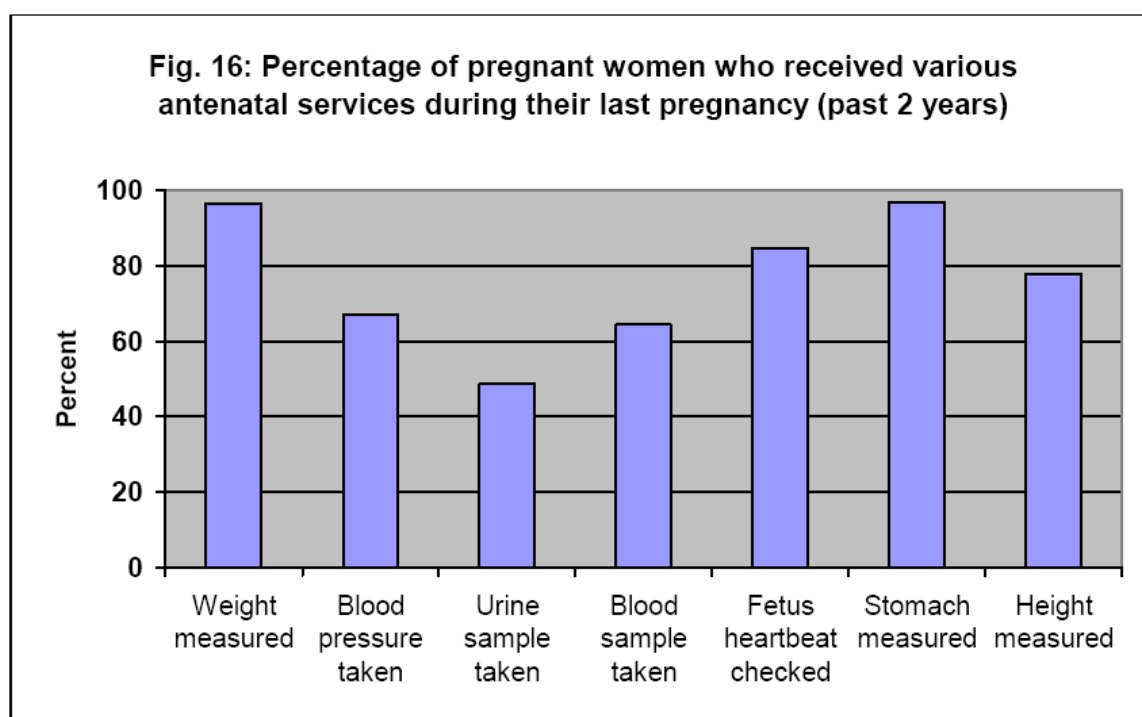
e. Saúde materna

Tetanus toxoid: Sessenta e nove por cento das mulheres que estiveram grávidas nos últimos dois anos receberam duas ou mais doses de injeções de *tetanus toxoid* durante a sua gravidez mais recente (Tabela 21). A cobertura é substancialmente baixa em alguns distritos - Montepuez (51 por cento) e Chimoio (49 por cento) – mas também elevada noutros distritos como Changara (80 por cento) e Manjacaze (89 por cento). A cobertura é marginalmente mais alta nos distritos de intervenção IHSS mas a diferença não é estatisticamente significativa. De modo semelhante, existe apenas uma diferença de sete por cento entre zonas rurais e urbanas. Não existem diferenças consistentes por riqueza do agregado mas a cobertura é distintamente mais elevada entre as mulheres em agregados liderados por mulheres (76 por cento vs 67 por cento em agregados liderados por homens), e mulheres que nunca foram casadas.



A elevada cobertura de mulheres grávidas traduz-se em elevados níveis de protecção infantil pelo que quase 69 por cento das crianças com menos de um ano de idade tinham mães que receberam duas ou mais doses de injeções de *tetanus toxoid* nos últimos 2 anos (Tabela 22). Os padrões de cobertura são semelhantes aos observados para as mulheres grávidas, apesar das percentagens actuais serem diferentes devido à fertilidade recente e ao número de crianças em cada grupo.

Cuidados pré-natais: Quase todas - 98 por cento – as mulheres grávidas nestes nove distritos receberam algum tipo de cuidado pré-natal durante a sua última gravidez nos últimos dois anos (Tabela 23). Quase todas (97 por cento) foram atendidas por profissionais de saúde (definido como médico, enfermeira ou parteira, e parteira auxiliar). Nestes nove distritos isto traduz-se, em termos práticos, numa enfermeira ou parteira (93 por cento). Isto é menos frequente em Namuno onde apenas 86 por cento receberam cuidados de profissionais de saúde, e uma proporção significativa de mulheres recebeu cuidados pré-natais de uma parteira tradicional (6 por cento) e de família e amigos (19 por cento). A Tabela 24 mostra que não existem diferenças visíveis por localização, agregado ou características individuais. Uma exceção é a riqueza do agregado uma vez que as mulheres do grupo mais pobre de agregados têm menos probabilidade de receber cuidados pré-natais de profissionais de saúde do que todas as outras mulheres. Também não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de intervenção e de comparação.



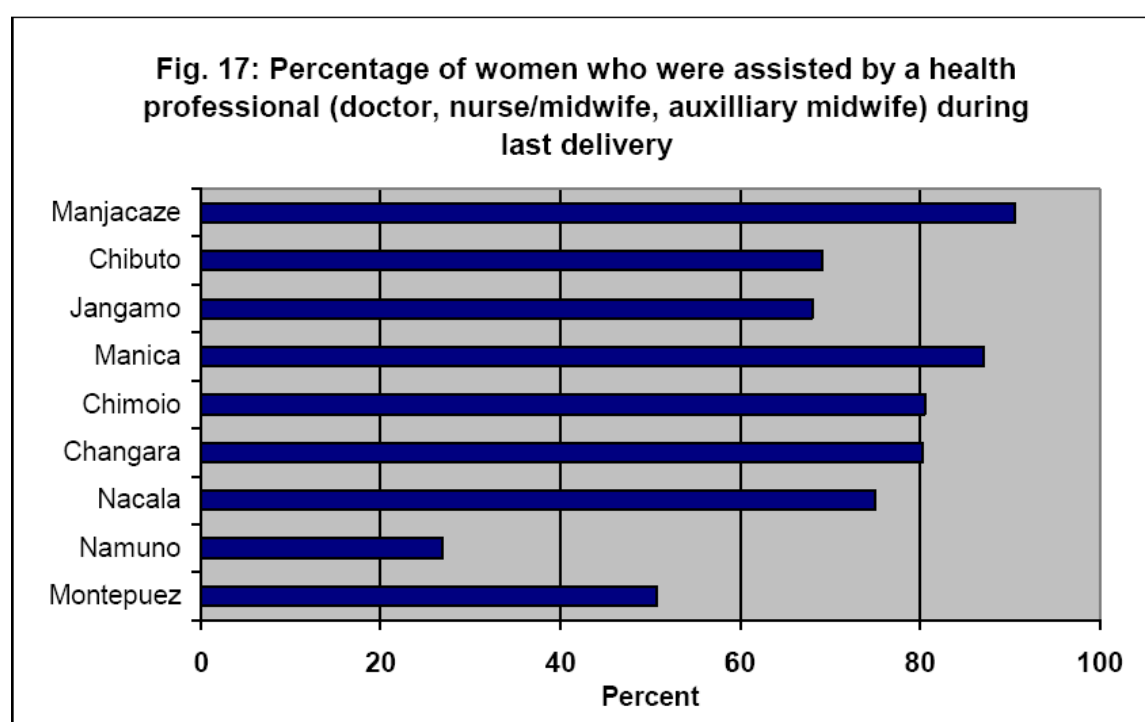
Apesar da cobertura de serviços de cuidados pré-natais ser verdadeiramente impressionante existe uma grande variação no que constitui cuidados pré-natais (Figura 16 e Tabela 25). A maioria das mulheres (97 por cento) que recebeu cuidados pré-natais fazem medições do peso e circunferência da barriga. O coração do feto é verificado em 85 por cento dos casos e a altura é medida 78 por cento das vezes. Mas outros elementos de cuidados pré-natais, especificamente verificar a tensão arterial da mulher grávida (67 por cento), e análises de amostras de urina e de sangue (49 por cento e 64 por cento respectivamente) são menos universalmente abrangidos nos cuidados pré-natais.

Em comparação com outros distritos Namuno destaca-se como estando em pior situação na prestação de serviços de cuidados pré-natais. Além disso as mulheres em zonas urbanas têm tendência a receber mais serviços pré-natais do que as mulheres em zonas rurais. Uma maior concentração de agregados em melhor situação

financeira nas zonas urbanas implica que os que estão em melhor situação económica também têm mais probabilidade de receber serviços pré-natais diferentes.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os distritos de intervenção IHSS e os distritos de comparação para alguns serviços (verificação da tensão arterial, amostra de urina, verificação do batimento cardíaco do feto e medição da altura) sugerindo que mesmo apesar dos dois grupos serem semelhantes em termos da provisão de cuidados pré-natais por profissionais de saúde (Tabela 24) a composição dos serviços não é completamente semelhante.

Assistência no parto: Setenta por cento das mulheres foram assistidas por um profissional de saúde treinado (médico, enfermeira/parteira, ou parteira auxiliar) no seu parto mais recente nos últimos dois anos (Tabela 26). A maioria desta assistência (profissional de saúde) é fornecida por enfermeiras e parteiras mas as parteiras tradicionais e a família e os amigos também desempenham um papel importante, em particular em alguns distritos (Tabela 27).



Existe uma variação significativa no uso de profissionais de saúde no parto. O uso mais elevado é na região central e o mais baixo nos distritos do norte. Em semelhança a outros indicadores, o distrito mais fraco é Namuno onde apenas 30 por cento das mulheres afirmaram ter recebido assistência de profissionais de saúde; a Tabela 27 mostra que 70 por cento dos partos em Namuno são assistidos por família e amigos. As mulheres no grupo de comparação têm mais probabilidade de ter recebido assistência de profissionais de saúde do que as mulheres no grupo de intervenção (74 por cento vs 67 por cento) mas a diferença não é estatisticamente significativa. De modo semelhante, as mulheres em zonas urbanas têm também mais probabilidade de receber tal assistência do que as mulheres em zonas rurais. Existem também diferenças importantes por agregado e por características individuais. As mulheres que vêm de agregados em melhor situação financeira têm muito mais probabilidade

de serem assistidas por profissionais de saúde, assim como mulheres de agregados liderados por mulheres. As mulheres que têm 40 anos de idade e mais velhas e as mulheres que estão casadas ou a viver com um parceiro têm menos probabilidade de terem sido assistidas por um profissional de saúde.

f. Orfandade e vulnerabilidade

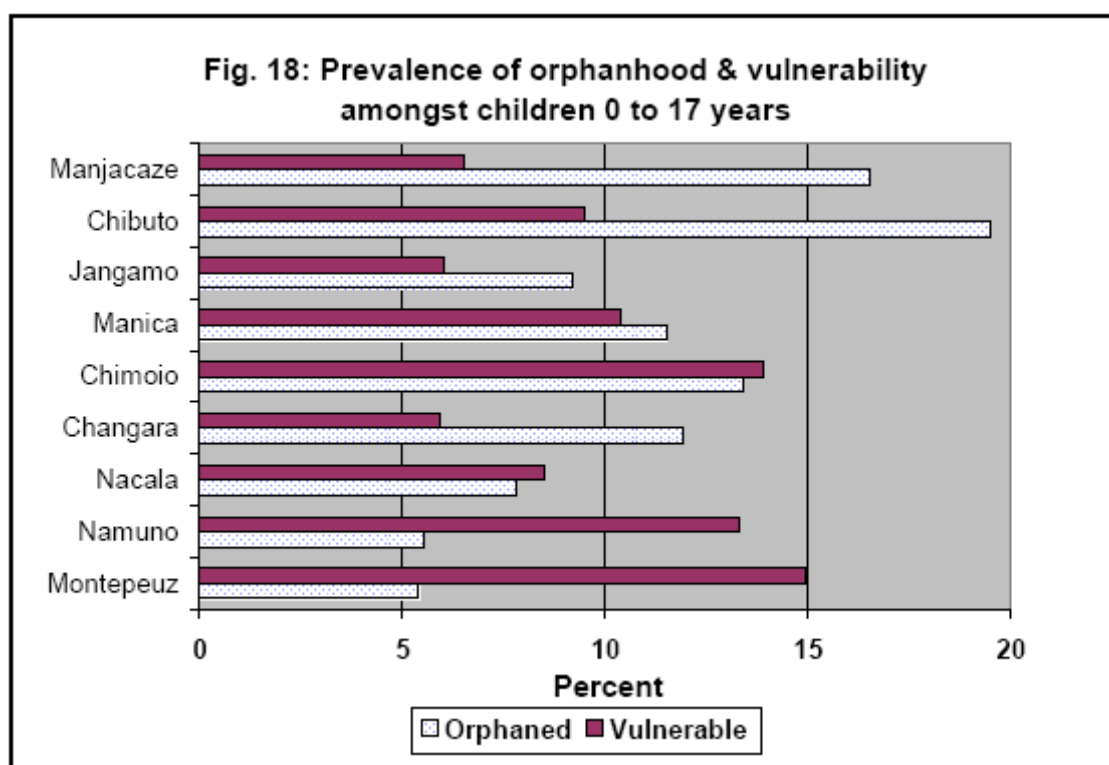
Os dados sobre as condições de vida das crianças com menos de 18 anos de idade mostram que 61.6 por cento vivem com ambos os progenitores (biológicos), 25 por cento com apenas um dos progenitores e cerca de 13.5 por cento vivem sem nenhum dos progenitores (Tabela 28). Não surpreendentemente, a proporção a viver com nenhum dos progenitores é baixa em idades jovens (6 por cento para a faixa etária dos 0 aos 5 anos de idade), e depois aumenta com a idade com um pouco acima de um terço (37 por cento) de adolescentes (15 a 17 anos) a viver sem nenhum dos progenitores.

A proporção de crianças sem nenhum dos progenitores no agregado é marcadamente mais elevada, ou seja, pelo menos 18 por cento, em Nacala, Chibuto, e Manjacaze, mas de outro modo bastante semelhante nos distritos do inquérito. Esta proporção é marginalmente mais elevada no grupo de comparação (15 por cento vs 13 por cento no grupo de intervenção IHSS), mas a diferença nas condições de vida é estatisticamente significativa (como no teste de associação *chi-square*). A proporção de crianças sem progenitores no agregado é também mais elevada nas zonas urbanas, em agregados em melhor situação financeira, em agregados liderados por mulheres e as raparigas têm mais probabilidade de não ter nenhum dos progenitores no agregado do que os rapazes.

A Tabela 28 também mostra que dos 25 por cento que vivem com apenas um dos progenitores, a maioria vive com a mãe (22 por cento). Isto está em grande parte relacionado com a ausência dos pais que estão vivos mesmo apesar da mortalidade dos pais ser duas vezes a das mães, apenas 9 por cento dos pais destas crianças, em comparação com 4 por cento das mães, estão mortos (dados não indicados). Consequentemente, 12 por cento das crianças com menos de 18 anos de idade são órfãs (um ou ambos os progenitores mortos), e a Tabela 29 mostra que existem diferenças significativas entre distritos (Figura 18). Num extremo do espectro estão Montepuez e Namuno onde apenas cerca de 5 por cento são órfãs, e no outro extremo estão Manjacaze (17 por cento) e Chibuto (20 por cento) onde pelo menos uma em cada seis crianças são órfãs. Não existe uma diferença significativa entre o grupo de intervenção IHSS e o grupo de comparação, mas mais crianças em zonas urbanas são órfãs e a orfandade é superior entre as crianças nos dois quintis de saúde superiores; este último padrão está relacionado com a prevalência mais elevada de orfandade nos distritos do sul, que também tendem a estar em melhor situação financeira. Não surpreendentemente a orfandade é muito superior em agregados liderados por mulheres. As crianças mais velhas têm mais probabilidade de ficarem órfãs, mas não existe diferença entre homens e mulheres.

No que diz respeito à vulnerabilidade, definida como tendo um progenitor ou adulto cronicamente doente (doentes 3 meses dos últimos 12 meses), ou a morte de um

adulto após uma doença crónica no agregado,⁶ a Tabela 29 mostra que 10 por cento das crianças estão vulneráveis. O padrão de vulnerabilidade é completamente o oposto do da orfandade uma vez que as crianças em Montepuez (15 por cento) e Namuno (13 por cento) têm muito mais probabilidade de estar vulneráveis do que as em Manjacaze (7 por cento) e Chibuto (10 por cento). Neste respeito o distrito de Chimoio destaca-se por ter uma percentagem elevada de crianças órfãs (13.4 por cento) e uma elevada percentagem de crianças vulneráveis (13.9 por cento). Outras fontes de diferenças na vulnerabilidade – localização rural-urbana, riqueza do agregado, género do chefe do agregado – são relativamente pequenas e também não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os distritos de intervenção IHSS e os seus grupos de comparação.



Finalmente, a Tabela 30 mostra que a principal fonte de vulnerabilidade é um adulto cronicamente doente no agregado. Sete por cento das crianças vivem com um adulto cronicamente doente, e destas, quatro por cento têm um progenitor cronicamente doente. Em comparação com estas condições actuais, a vulnerabilidade devido à morte de um adulto cronicamente doente, é relativamente mais pequena. Com excepção das diferenças entre distritos notadas acima, outras fontes de vulnerabilidade exibem uma variação relativamente pequena por localização rural-urbana e por características do agregado e individuais.

⁶ É de notar que o instrumento do inquérito não permite uma determinação precisa da incidência da morte de um adulto (após uma doença crónica) no agregado porque apesar de se recolher informação sobre a idade de todos os indivíduos que faleceram nos últimos 12 meses, a pergunta sobre a morte após uma doença crónica (OV4) não é feita especificamente para adultos, mas para qualquer morte. A nossa definição de “morte de um adulto após doença crónica” é baseada no pressuposto de que se o agregado tiver tido uma morte após uma doença crónica (ou seja OV4=1) nos últimos 12 meses, e um dos que faleceram foi um adulto (HL5>17), então esse adulto morreu após uma doença crónica.

III. Inquérito nos Distritos Amigos das Crianças

Nesta secção focamos a nossa atenção nos três distritos abrangidos pela intervenção CFD. Em dois destes distritos – Changara e Chibuto – utilizou-se um questionário mais detalhado que, para além das questões abrangidas pelo questionário IHSS, obteve informação sobre sexo de alto risco, HIV e violência doméstica. Primeiro examinamos os dados sobre todos os indicadores abrangidos na secção A e depois abordamos as perguntas específicas do CFD. Uma vez que já analisamos os dados para os nove distritos por localização rural-urbana e por características do agregado e individuais, não vamos repetir os resultados aqui, em vez disso, focamos a comparação entre os distritos de intervenção CFD e os restantes seis distritos que compõem um grupo de comparação.

a. Água e saneamento: Conforme notado na secção anterior 40 por cento da população nos nove distritos do inquérito teve acesso a fontes de água melhoradas. A Tabela 31 mostra que os três distritos CFD abrangem todos os valores com Montepuez (15 por cento) num extremo e Chibuto (51 por cento) no outro. Apesar dos três distritos CFD – como um grupo – terem um uso mais baixo (35 por cento) do que o grupo de comparação (43 por cento) a diferença não é estatisticamente significativa.

O uso de instalações sanitárias melhoradas segue um padrão semelhante. Nos nove distritos do inquérito apenas 15 por cento da população utiliza instalações sanitárias melhoradas. Os três distritos CFD seguem um padrão semelhante (no que diz respeito a melhor uso da água): num extremo apenas 3 por cento da população de Montepuez utiliza instalações sanitárias melhoradas e no outro extremo 15 por cento da população de Chibuto usa estes tipos de instalações. Em relação ao grupo de comparação (19 por cento) um pouco menos de metade do grupo de intervenção CFD usa instalações sanitárias melhoradas e a diferença é estatisticamente significativa no nível de 1 por cento.

b. Saúde infantil: Na secção A foi sugerido que em termos das três doenças que afligem as crianças – febre, diarreia e IRA – os nove distritos podem ser categorizados num grupo de prevalência inferior a 40 (prevalência em percentagem) e um grupo de prevalência superior a 40. Dois dos três distritos CFD - Montepuez (44 por cento) e Chibuto (44 por cento) – encaixam no grupo de prevalência superior a 40, enquanto o terceiro - Changara (33 por cento) – se encaixa no grupo de prevalência inferior a 40. Vamos agora analisar os dados sobre cada uma destas doenças.

Diarreia: Em geral, 17 por cento das crianças com menos de 5 anos de idade tiveram diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito e os três distritos CFD não são muito diferentes com a prevalência a 16 por cento (Tabela 32). Não existe uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de intervenção CFD e o grupo de comparação, mas existe diversidade dentro do grupo de intervenção CFD: em Changara apenas 10 por cento das crianças tiveram diarreia mas em Chibuto a prevalência foi mais de duas vezes superior com 22 por cento.

Nos nove distritos 64 por cento das crianças que tiveram diarreia foram levadas para uma unidade de saúde para tratamento (Tabela 32). Nos distritos CFD uma proporção ligeiramente superior foi tratada numa unidade de saúde, apesar de em relação ao grupo de comparação (62 por cento) esta diferença não ser estatisticamente

significativa. Dentro do grupo de intervenção CFD, Changara e Chibuto têm um uso substancialmente mais elevado das unidades de saúde do que Montepuez (mais de 70 por cento vs 59 por cento).

Em geral, 73 por cento das crianças que tiveram diarreia receberam terapia de rehidratação oral (TRO), e os distritos CFD são muito semelhantes com o uso equivalente a 76 por cento (Tabela 33). Dentro do grupo de intervenção CFD, os padrões de uso de TRO são semelhantes aos padrões para o tratamento nas unidades de saúde e Montepuez (67 por cento) antecede Changara e Chibuto, sendo que ambos estão perto de 80 por cento. Em Montepuez o uso mais baixo de TRO é compensado pela maior extensão de tratamento domiciliar uma vez que 87 por cento receberam mais líquidos e continuaram a alimentação. Todavia, o uso substancialmente mais baixo de tratamento domiciliar em Changara (53 por cento) e Chibuto (64 por cento) leva ao grupo de intervenção CFD, como um todo, tendo um uso significativamente mais baixo (a 5 por cento) de tratamento domiciliar do que o grupo de comparação (68 por cento vs 79 por cento). O uso de um ou do outro - TRO ou tratamento domiciliar - não é diferente nos dois grupos e não é muito diferente nos distritos CFD.

Febre, malária e redes mosquiteiras: Trinta por cento de crianças com menos de 5 anos de idade tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito e apesar dos três distritos CFD em conjunto não serem diferentes do grupo de comparação (Tabela 34), dentro do grupo de intervenção CFD a prevalência é substancialmente mais elevada em Montepuez (37.5 por cento). Uma proporção ligeiramente mais alta de crianças nos distritos CFD são tratadas numa unidade de saúde (72 por cento vs 65 por cento no grupo de comparação) mas a diferença não é estatisticamente significativa. Isto deve-se em grande parte ao facto de que dentro do grupo de intervenção CFD o tratamento nas unidades de saúde é substancialmente mais baixo em Montepuez (61 por cento); o tratamento numa unidade é muito mais elevado em Changara (82 por cento) e Chibuto (76 por cento).

Das crianças que tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito 51 por cento foram tratadas com medicamentos para a malária (fansidar, artimisinina, e quinino), e não existe nenhuma diferença significativa entre os distritos CFD e o grupo de comparação (Tabela 34). Dentro do grupo de intervenção CFD, todavia, o uso de medicamentos para a malária é substancialmente mais elevado em Changara (72 por cento), mas muito mais baixo (35 por cento) em Chibuto; o uso em Montepuez (51 por cento) corresponde à média geral.

A 58 por cento a propriedade de redes mosquiteiras a nível do agregado no grupo de intervenção CFD é muito semelhante ao grupo de comparação (Tabela 35). Todavia, dentro do grupo CFD é bastante variada sendo substancialmente mais elevada em Montepuez (73 por cento) e cerca de média (47 a 51 por cento) nos dois outros distritos. Com respeito à pulverização das paredes da habitação, não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de intervenção e os de comparação, mas existe muita variação entre os distritos. Em Montepuez as paredes da habitação foram pulverizadas em apenas 5 por cento dos agregados, mas em Changara isto foi feito em 21 por cento dos agregados e em Chibuto 62 por cento dos agregados pulverizaram as paredes.

A protecção de crianças com menos de 5 anos de idade da malária também não é muito diferente entre os grupos de intervenção e os de comparação: a Tabela 36 mostra que no grupo de intervenção CFD menos crianças (36 por cento vs 41 por cento) com menos de 5 anos dormiam sob uma rede mosquiteira na noite anterior ao inquérito, mas a diferença não é estatisticamente significativa. Dentro do grupo CFD a variação espelha a da propriedade de redes pelo que apesar de 63 por cento das crianças em Montepuez terem sido protegidas, os valores correspondentes para Changara (28 por cento) e Chibuto (17 por cento) são muito mais baixos.

Sintomas e tratamento de IRA: Nos nove distritos do inquérito 6.3 por cento das crianças com menos de 5 anos exibiram sintomas de infecção respiratória aguda (IRA), mas os distritos de intervenção CFD parecem ter uma prevalência elevada (Tabela 37). Como um grupo a prevalência (7.8 por cento) é mais elevada do que o grupo de comparação (5.6 por cento), e a diferença é pouco significativa (a 10 por cento), mas é também mais elevada do que a média global em cada um dos três distritos CFD.

Os níveis de tratamento são também um pouco mais elevados no grupo CFD, mas a diferença não é estatisticamente significativa; isto pode ser atribuído ao pequeno número de casos com sintomas de IRA. Dentro do grupo CFD o tratamento é substancialmente mais elevado em Changara: 95 por cento das crianças com sintomas de IRA foram tratadas com antibióticos (em contraste com 55 por cento em Montepuez e 63 por cento em Chibuto).

Imunização: Existe uma cobertura de imunização quase universal nos nove distritos e conseqüentemente há pouca diferença entre os grupos de intervenção e os de comparação CFD. A Tabela 38 mostra que a diferença no DPT e a cobertura de imunização do sarampo entre o grupo de intervenção CFD e o grupo de comparação não é superior a 5 por cento. Entre o grupo CFD as diferenças são relativamente pequenas, apesar de ser bastante claro que a cobertura é mais baixa em Montepuez (88 por cento para DPT e 86 por cento para sarampo).

Alimentação das crianças: Nos nove distritos do inquérito a amamentação é quase universal e a maioria das crianças (74 por cento) começam a ser amamentadas pouco depois do nascimento. Todavia, o início da amamentação acontece significativamente mais tarde no grupo de intervenção CFD, e isto deve-se em grande parte ao facto de que em Chibuto apenas 43 por cento das mulheres amamentam o seu recém-nascido na primeira hora de vida (Tabela 39). Mesmo neste distrito 94 por cento começaram a amamentar nas primeiras 24 horas por isso não existe nenhuma diferença se se olhar para um período de 24 horas como o ponto de partida relevante para a amamentação.

Conforme notado na secção anterior, apesar destes dados sobre amamentação serem encorajadores os dados sobre padrões de alimentação infantil são menos optimistas: apenas 22 por cento de crianças entre 0 a 5 meses são exclusivamente amamentadas e apenas 44 por cento de crianças entre 6 a 11 meses são alimentadas de forma adequada. A Tabela 40 mostra que apesar de haver uma diferença pequena entre os grupos de intervenção e os de comparação, existem diferenças significativas dentro do grupo CFD. Por exemplo, 50 por cento de crianças entre 0 a 5 meses são exclusivamente amamentadas em Montepuez, mas menos de 5 por cento são alimentadas desta forma nos outros dois distritos CFD. No grupo de crianças mais

velhas (bebés), apenas um terço de crianças dos 6 aos 11 meses são alimentadas de forma adequada em Montepuez, mas uma percentagem significativamente maior é alimentada de forma adequada em Chibuto (43 por cento) e Changara (68 por cento).

Vitamina A: Em geral, a maioria das crianças (89 por cento) dos 6 aos 59 meses tomaram uma cápsula de vitamina A nos seis meses anteriores ao inquérito e não existe nenhuma indicação de que hajam diferenças entre os grupos de intervenção (CFD) e os de comparação (Tabela 41). Ao mesmo tempo, está também claro que dentro do grupo CFD a cobertura é substancialmente mais baixa em Montepuez (72 por cento).

Desparasitação: Em geral 34 por cento de todas as crianças dos 12 aos 59 meses de idade foram desparasitadas nos seis meses anteriores ao inquérito. A proporção é apenas marginalmente superior (37 por cento) no grupo de intervenção CFD, e não é significativamente diferente do grupo de comparação (Tabela 42). Dentro do grupo CFD a cobertura é semelhante em Montepuez (39 por cento) e Changara (46 por cento) mas substancialmente mais baixa em Chibuto (25 por cento).

Estado nutricional: Os dados antropométricos indicam que nos nove distritos abrangidos pelo inquérito apenas 4 por cento das crianças dos 6 aos 59 meses de idade estavam debilitadas, mas 15 por cento tinham um peso inferior ao adequado para a idade e 52 por cento estavam com baixa estatura para a idade (Tabela 43). Não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa em nenhum destes três indicadores antropométricos entre os grupos de intervenção CFD e os de comparação. Todavia, dentro do grupo CFD existem diferenças substanciais que seguem um gradiente norte-para-sul notado na secção A. Por exemplo, Montepuez tem a percentagem mais elevada de crianças dos 6 aos 59 meses que estão atrofiadas (66 por cento), seguido por Changara (52 por cento), e Chibuto (37 por cento).

Registo de nascimento: Nos dois distritos de intervenção para os quais se recolheram dados, apenas 12 por cento das crianças com menos de 5 anos de idade foram registadas (Tabela 44). A proporção é substancialmente mais elevada em Chibuto (16 por cento) do que em Changara (9 por cento), e o registo de nascimento é muito mais prevalente em zonas urbanas (23 por cento vs 10 por cento em zonas rurais). O registo de nascimento é claramente muito mais elevado em agregados em melhor situação económica, especialmente nos agregados no quintil mais alto (35 por cento das crianças registadas). O registo de nascimento parece ter declinado nos últimos anos porque as crianças mais velhas têm muito mais probabilidade de terem sido registadas. Não existem diferenças por características individuais.

Orfandade e vulnerabilidade: Os dados sobre as condições de vida das crianças com menos de 18 anos de idade mostram que nos três distritos de intervenção CFD 63 por cento das crianças vivem com ambos os progenitores (biológicos), 23 por cento com apenas um progenitor e 15 por cento vivem sem nenhum dos progenitores (Tabela 45). Conforme notado anteriormente, a proporção de crianças sem nenhum progenitor no agregado é claramente mais elevada em Chibuto (18 por cento). Esta proporção é marginalmente mais elevada nos distritos de intervenção CFD (15 por cento vs 13 por cento no grupo de comparação), mas a diferença não é estatisticamente significativa.

A Tabela 46 mostra que 13 por cento das crianças com menos de 18 anos de idade são órfãs (um ou ambos os progenitores mortos), e os três distritos de intervenção são muito diferentes na prevalência da orfandade. Num extremo está Montepuez com apenas 5 por cento órfãs e no outro extremo está Chibuto com 20 por cento de crianças órfãs. Não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de intervenção CFD e o grupo de comparação.

A Tabela 46 também mostra que nos três distritos de intervenção CFD 10 por cento das crianças destas idades estão vulneráveis. Existe uma variação substancial entre os três distritos de intervenção: a vulnerabilidade é mais alta em Montepuez (15 por cento) e mais baixa em Changara (6 por cento). Não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de intervenção CFD e o grupo de comparação. Conforme notado anteriormente, a vulnerabilidade deriva em grande parte das condições actuais uma vez que a proporção de crianças com a morte de um adulto após uma doença crónica nos últimos 12 meses é mais baixa que a proporção com um membro adulto do agregado cronicamente doente. Nos três distritos de intervenção CFD 7.4 por cento das crianças com menos de 18 anos têm um adulto cronicamente doente no agregado, sendo esta percentagem mais elevada em Montepuez onde 11 por cento têm um adulto cronicamente doente no agregado (Tabela 47). Não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de intervenção CFD e o grupo de comparação.

c. Saúde materna

Tetanus toxoid: Sessenta e nove por cento das mulheres que estiveram grávidas nos últimos dois anos receberam duas ou mais doses de injeções de tétano *toxoid* durante a sua gravidez mais recente e 69 por cento de crianças dos 0 aos 11 meses têm mães que receberam a mesma cobertura (Tabela 48). Não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa – em nenhum destes dois indicadores – entre os grupos de intervenção e os de comparação. Todavia, dentro do grupo CFD a cobertura é substancialmente mais baixa em Montepuez onde apenas 51 por cento das mulheres grávidas receberam doses adequadas de tétano *toxoid*, enquanto mais de 70 por cento receberam as doses adequadas nos dois outros distritos de intervenção.

Cuidados pré-natais: Quase todas - 98 por cento – as mulheres grávidas nos nove distritos receberam algum tipo de cuidado pré-natal durante a sua última gravidez nos últimos dois anos e quase todas (97 por cento) foram assistidas por profissionais de saúde (definidos como médico, enfermeira ou parteira e parteira auxiliar). A Tabela 49 mostra que não existe nenhuma diferença entre o grupo de intervenção CFD e o grupo de comparação e apenas diferenças muito pequenas dentro do grupo CFD.

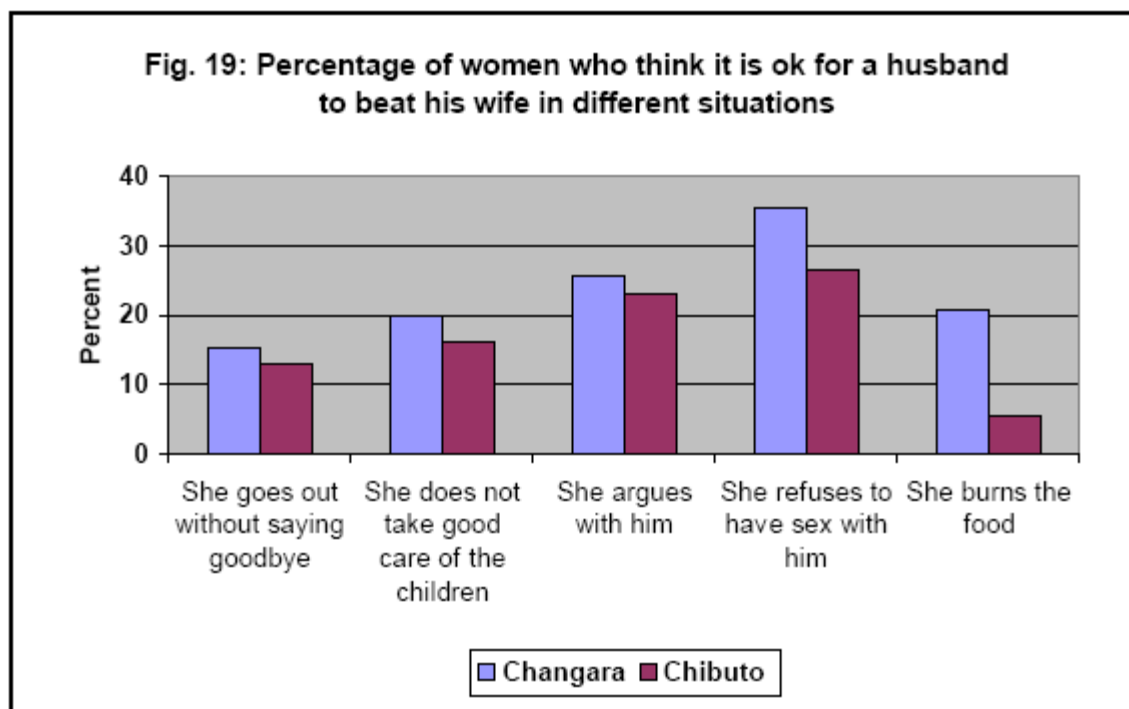
A Tabela 50 mostra que a cobertura impressionante de serviços de cuidados pré-natais disfarça a grande variação nos serviços específicos que compõem os cuidados pré-natais. Por exemplo, a maioria das mulheres (97 por cento) que recebeu cuidados pré-natais mediu o peso e a circunferência da barriga, mas menos verificaram o batimento cardíaco do feto (85 por cento), mediram a altura (78 por cento), tensão arterial (67 por cento), e fizeram análises da urina e do sangue (49 por cento e 64 por cento respectivamente). O grupo de intervenção CFD e os grupos de comparação são muito semelhantes em termos de todos estes serviços específicos de cuidados pré-natais.

Assistência no parto: Setenta por cento das mulheres foram assistidas por um profissional de saúde (médico, enfermeira/parteira, ou parteira auxiliar) no seu parto mais recente nos últimos dois anos (Tabela 51); a maioria desta assistência (profissional de saúde) é fornecida por enfermeiras e parteiras. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de intervenção CFD e os de comparação mas dentro do grupo CFD existe uma variação substancial. Em Montepuez apenas 51 por cento das mulheres foram assistidas por um profissional de saúde mas em Chibuto 69 por cento das mulheres beneficiaram de cuidados de saúde qualificados e em Changara uma proporção ainda maior – 80 por cento – recebeu este tipo de cuidado.

A seguir abordamos as perguntas que só foram abrangidas pelo questionário CFD. Estas incluem sexo de alto risco, violência doméstica, HIV/SIDA e assiduidade escolar. Uma vez que o questionário específico CFD apenas foi administrado em Changara e Chibuto esta informação só está disponível para estes dois distritos; Montepuez foi adicionado como um distrito de intervenção CFD depois do inquérito ter sido completado.

Sexo de alto risco e uso do preservativo: Nos dois distritos CFD 30 por cento das mulheres jovens (15 a 24 anos de idade) afirmaram ter tido relações sexuais com um parceiro não coabitante nos últimos 12 meses (Tabela 52). No geral, não existe nenhuma diferença entre os dois distritos mas se focarmos a nossa atenção nas zonas rurais em ambos os distritos a incidência de sexo de alto risco em Changara (31 por cento), que é completamente rural, é quase o dobro da incidência nas zonas rurais de Chibuto (16 por cento). Em Chibuto a incidência em zonas urbanas é três vezes superior à incidência em zonas rurais. Os dados também mostram que os agregados em melhor situação económica têm mais probabilidade de praticar sexo de alto risco.

Quarenta e quatro por cento das mulheres jovens que praticaram sexo de alto risco nos últimos 12 meses afirmaram ter usado um preservativo na última relação sexual (Tabela 52). Não existe nenhuma diferença significativa entre os dois distritos e entre zonas rurais e urbanas; o pequeno tamanho da amostra limita a nossa capacidade de analisar a variação para além destas duas variáveis.



Violência doméstica: As opiniões das mulheres sobre a violência doméstica foram obtidas perguntando se achavam aceitável um marido bater na mulher em algumas situações (Tabela 53). Uma proporção significativa de mulheres considera que bater na mulher é aceitável em algumas situações: 12 por cento se a mulher queimar a comida, 14 por cento se ela sair sem se despedir, 18 por cento se ela não tomar bem conta das crianças, 24 por cento se ela discutir com o marido e 30 por cento se ela se recusar a ter relações sexuais com o marido. A Figura 18 mostra que as mulheres em Changara têm mais probabilidade de encarar a agressão das mulheres como um comportamento aceitável em cada uma das situações acima. Considerando que as opiniões das mulheres rurais sobre a agressão física das mulheres são mais brandas que as das mulheres urbanas, e Changara é completamente rural enquanto Chibuto tem uma mistura rural-urbana, é seguro afirmar que as mulheres rurais em ambos os distritos têm opiniões semelhantes sobre a agressão física das mulheres por parte dos maridos. Existem alguns indícios que as mulheres de agregados em melhor situação económica (dois quintis superiores) são menos brandas com relação à agressão física, mas esses indícios são fracos e não são consistentes em todas as situações. Não existe uma diferença real por género do chefe do agregado mas existe alguma indicação que os grupos de mulheres mais novas (menos de 20 anos), e mais velhas (40 e acima) bem como as que não estão actualmente casadas ou a viver com alguém, são menos brandas em relação à agressão física na maioria das situações.

Consciência e atitudes em relação ao HIV/SIDA: A maioria das mulheres (94 por cento) já ouviu falar do HIV/SIDA mas existe uma grande diferença entre os dois distritos (Tabela 54). Em Changara 86 por cento já ouviram falar do HIV/SIDA mas em Chibuto a consciência é quase universal (apenas três das 480 mulheres entrevistadas não tinham ouvido falar do HIV/SIDA). Esta diferença não se deve à maior mistura urbana de Chibuto porque mesmo as mulheres rurais em Chibuto (92 por cento) têm uma maior consciência que todas as mulheres rurais em Changara (86 por cento). A maior consciência em Chibuto contribui para uma pequena tendência para as mulheres em melhor situação económica estarem mais conscientes do

HIV/SIDA; os agregados em Chibuto estão em melhor situação económica em comparação com os agregados em Changara. Além disso, as diferenças por outras características do agregado e características individuais são mínimas.

No que diz respeito aos mecanismos de transmissão do HIV de mãe para filho, 81 por cento apontaram amamentação, 74 por cento gravidez, e 53 por cento o parto (Tabela 55). A consciência é maior nas zonas urbanas e até certo ponto isto contribui para níveis de consciência mais elevados em Changara (com relação a Chibuto). Todavia, mesmo nas zonas rurais de Chibuto a consciência é superior a (todo o distrito de) Changara; a única excepção a isto é a amamentação que uma percentagem ligeiramente maior de mulheres em Changara conhecem como um mecanismo de transmissão (dados não indicados). O conjunto mais pobre de mulheres (quintil mais baixo) está menos consciente enquanto as mulheres dos dois quintis superiores estão mais conscientes sobre estes mecanismos de transmissão. As mulheres jovens (menos de 20 anos) têm menos probabilidade de estar conscientes mas além disto não existem grandes diferenças por características do agregado ou individuais.

Informação incorrecta sobre mecanismos de transmissão, especificamente uma percepção de que o HIV pode ser transmitido por bruxaria e causas sobrenaturais é, no geral, inferior a 10 por cento. Mas em certos subgrupos é mais alta. Uma preocupação maior é a falta de informação sobre a transmissão através de picadas de insectos e de mosquitos: a Tabela 55 mostra que 23 por cento das mulheres pensam que o HIV pode ser transmitido através de picadas de insectos. Este equívoco é mais generalizado em Chibuto (26 por cento vs 18 por cento em Changara), e também mais generalizado entre as mulheres que não estão casadas.

Se a seguir analisarmos as respostas sobre o conhecimento das mulheres dos métodos de prevenção, os dados mostram que cerca de 70 por cento das mulheres acreditam que a única forma de se protegerem é terem um parceiro que não está infectado ou apenas um parceiro (Tabela 56). Sessenta e nove por cento também acreditam que se podem proteger se usarem um preservativo sempre que tiveram relações sexuais. Menos mulheres em Chibuto mencionam estes comportamentos de protecção e este padrão mantém-se mesmo se compararmos as mulheres na zona rural de Chibuto com as mulheres em Changara. As mulheres de agregados liderados por mulheres têm menos probabilidade de estarem conscientes sobre estes comportamentos de protecção mas a diferença entre agregados liderados por mulheres e por homens é de apenas 6-7 por cento. As mulheres que não estão actualmente casadas têm menos probabilidade de estarem conscientes da importância de serem fiéis e de terem um parceiro não infectado, o que é preocupante porque têm mais probabilidade de praticar sexo de alto risco. Finalmente a Tabela 56 mostra que 85 por cento das mulheres estão cientes que uma pessoa de aparência saudável pode ter HIV/SIDA; as diferenças entre os distritos, zonas rurais e urbanas e outras características são mínimas.

As atitudes para com pessoas com HIV/SIDA são mistas. A Tabela 57 mostra que 73 por cento disseram que as pessoas infectadas deveriam continuar a ensinar, e 58 por cento disseram que continuariam a comprar fruta e vegetais frescos de um(a) vendedor(a) mesmo sabendo que ele/ela estava infectado(a). Estas atitudes para com pessoas que não são membros dos agregados são muito menos favoráveis em Chibuto, e isto não está relacionado com a mistura rural-urbana do distrito porque não existem

diferenças entre as zonas rurais e urbanas. As mulheres mais novas tendem a ter uma atitude mais favorável para com os vendedores e as mulheres que não casaram (solteiras) têm mais probabilidade de ter uma atitude favorável em relação a professores e vendedores infectados.

Não surpreendentemente as atitudes para com membros do agregado infectados são mais favoráveis, especialmente no que diz respeito a tomar conta dos mesmos: 93 por cento disseram que tomariam conta de um familiar infectado com HIV. Todavia, a Tabela 57 mostra também que 63 por cento das mulheres gostariam de segregar ou isolar membros do agregado infectados, sendo este mais o caso em Chibuto do que Changara, e também mais predominante nas zonas urbanas. As mulheres mais pobres, as de agregados liderados por mulheres e as que estão separadas, divorciadas ou viúvas têm também mais probabilidade de segregar membros do agregado apesar de tomarem conta deles no mesmo agregado.

Teste do HIV: Um pouco mais de metade (56 por cento) das mulheres que receberam serviços de cuidados pré-natais nos últimos dois anos fizeram o teste do HIV (Tabela 58), é importante notar que nestes dois distritos 99 por cento receberam serviços de cuidados pré-natais de profissionais de saúde. Existe uma diferença muito pequena entre os dois distritos, mas uma diferença grande entre zonas rurais e urbanas: 92 por cento das mulheres urbanas (em relação a 50 por cento rurais) foram testadas. As mulheres rurais em Chibuto têm menos probabilidade de serem testadas. As mulheres que são dos dois quintis de riqueza superiores (principalmente mulheres urbanas em Chibuto) têm muito mais probabilidade de terem sido testadas, bem como mulheres de agregados liderados por mulheres e mulheres que não estão actualmente casadas.

Alargando a pergunta a todas as mulheres elegíveis (ou seja, para além dos testes nas visitas de cuidados pré-natais) a Tabela 59 mostra que cerca de um quarto de todas as mulheres fizeram o teste de HIV nestes dois distritos. As mulheres em Changara têm muito mais probabilidade de terem sido testadas do que as mulheres em Chibuto (32 por cento vs. 21 por cento), e as mulheres urbanas têm muito mais probabilidade de terem sido testadas que as mulheres rurais (37 por cento vs 23 por cento). As mulheres que vêm de agregados em melhor situação económica, particularmente dos dois quintis de riqueza superiores, têm mais probabilidade de terem sido testadas. De modo semelhante, as que têm entre 20 e 29 anos, as que estão separadas, divorciadas ou viúvas têm também mais probabilidade de terem sido testadas.

Apenas pouco mais de um terço (36 por cento) das mulheres que foram testadas se ofereceram voluntariamente para o teste (Tabela 60), sendo a proporção maior em Chibuto (39 por cento vs 33 por cento em Changara), e em zonas urbanas (45 por cento vs. 32 por cento em zonas rurais). As mulheres do quintil mais rico de agregados, e de agregados liderados por mulheres têm mais probabilidade de se terem testado voluntariamente. O teste voluntário aumenta com a idade e é também mais elevado entre as mulheres que não estão actualmente casadas (nunca casaram, estão separadas, divorciadas ou viúvas).

Assiduidade escolar: Setenta e oito por cento das crianças em idade escolar (entre 6 a 12 anos) frequentaram a EP1 (escola primária) durante o ano anterior ao inquérito (Tabela 56). Não existe diferença entre Changara e Chibuto e, não existem diferenças entre as zonas rurais e urbanas destes dois distritos. As crianças do quintil mais pobre

e as crianças de agregados liderados por homens têm uma assiduidade escolar ligeiramente mais baixa na primária, mas mesmo nestes grupos pelo menos três quartos vão à escola. Começar tarde – um ano mais tarde – é claramente uma questão porque a Tabela 61 mostra que a assiduidade é apenas de 53 por cento para crianças com 6 anos de idade mas depois aumenta para 75 por cento para crianças com 7 e 8 anos de idade. Não existe diferença por género da criança ou por estado de orfandade.

Existem desistências consideráveis após a educação primária pelo que apenas 17 por cento das crianças em idade de frequentar o ensino secundário (13 a 16 anos) frequentaram a ESG1 no ano anterior ao inquérito (Tabela 62). Não existem diferenças entre os dois distritos mas as zonas urbanas têm claramente uma assiduidade escolar secundária muito mais elevada (31 por cento vs 12 por cento nas zonas rurais). As crianças do quintil mais rico têm também mais probabilidade de frequentar a ESG1 mas não existe diferença por género do chefe do agregado. A assiduidade escolar é mais elevada entre as crianças mais velhas o que reflecte a grande desistência pouco depois da conclusão da EP1; isto provavelmente tem muito a ver com o fraco acesso a escolas secundárias nas zonas rurais. As raparigas têm mais probabilidade de frequentar o ensino secundário apesar da diferença ser pequena, e as crianças órfãs têm menos probabilidade de frequentar a escola.

Existe paridade de género a nível do ensino primário (Tabela 61) com relativamente poucas diferenças entre os distritos, zonas rurais e urbanas e por características do agregado e individuais. Todavia, a nível do ensino secundário há mais desistências entre os rapazes e por isso uma maior percentagem de alunos são raparigas. A taxa de paridade de género – taxa de assiduidade homem para mulher – a nível do ensino secundário é de apenas 0.85.

As Tabelas 61 e 62 mostram que os dois distritos de intervenção CFD são bastante diferentes. Os rapazes têm mais probabilidade de frequentar o ensino primário e secundário em Changara, e as raparigas têm mais probabilidade de ir à escola em Chibuto. Nas zonas urbanas a nível do ensino primário uma maior proporção de rapazes está matriculada na escola mas a nível do secundário a assiduidade masculina desce de forma precipitada pelo que a assiduidade feminina no ensino secundário é 35 por cento mais elevada em relação aos homens; nas zonas rurais, não há grande alteração na paridade de género entre o ensino primário e o secundário. Em comparação com as raparigas órfãs, os rapazes órfãos têm menos probabilidade de frequentar a escola primária e secundária e apesar de se manter a paridade de género entre o nível primário e secundário nos agregados liderados por mulheres, nos agregados liderados por homens existe uma grande quebra pois os rapazes são retirados da escola no nível secundário.

As percepções do valor da educação dos rapazes e das raparigas apoiam a paridade de género: 78 por cento dos respondentes do questionário ao agregado (frequentemente o chefe do agregado) afirmaram que as raparigas devem receber a mesma educação que os rapazes (Tabela 63). Apenas 61 por cento dos respondentes adultos em Changara indicaram que as raparigas devem receber a mesma educação que os rapazes e isto é consistente com as diferenças entre homens e mulheres na assiduidade escolar no nível primário e secundário, que aponta uma maior assiduidade masculina. Em contraste 93 por cento dos respondentes em Chibuto indicaram uma educação igual para as raparigas. As atitudes em zonas urbanas, entre os agregados em melhor

situação económica, e nos agregados liderados por mulheres são mais a favor da educação das raparigas.

IV. Conclusão

Estes dados mostraram que – nos nove distritos abrangidos pelo inquérito – existe muita variação na saúde infantil e na cobertura dos serviços de cuidados de saúde. Apesar de alguns distritos - como Namuno – necessitarem de uma abordagem ampla outros requerem atenção mais específica porque têm uma cobertura fraca de um conjunto seleccionado de serviços de saúde.

Ao longo de um período de referência de duas semanas, 40 por cento das crianças com menos de 5 anos de idade tiveram uma de três doenças – diarreia, febre e infecção respiratória aguda – que normalmente afligem as crianças. Os nove distritos parecem fazer parte de dois grupos claros: os com prevalência de diarreia, febre ou sintomas de IRA superior a 40 por cento, e os com prevalência inferior a 40 por cento. O grupo “superior a 40” consiste em Nacala (51 por cento), Namuno (49 por cento), Montepuez (44 por cento), Chibuto (44 por cento), e Jangamo (43 por cento). O grupo “inferior a 40” é composto por Manjacaze (35 por cento), Changara (33 por cento), Manica (32 por cento), e Chimoio (29 por cento). Destes nove distritos um – Namuno – destaca-se por estar classificado entre os últimos para vários indicadores de saúde infantil e para uso de serviços de saúde.

A cobertura dos serviços de saúde é também bastante variável. Alguns serviços como imunização, vitamina A, e cuidados pré-natais atingem mais de 90 por cento dos beneficiários pretendidos. Alguns outros como injeções de *tetanus toxoid*, terapia de rehidratação oral e assistência treinada nos partos atingem cerca de 70 por cento dos beneficiários. E depois existem outros serviços como medicamentos contra a malária, redes mosquiteiras e tratamento para a diarreia nas unidades de saúde que não são tão extensivos mas ainda atingem cerca de metade da população pretendida. No outro extremo estão serviços – desparasitação, pulverização das paredes da habitação com insecticidas e água e saneamento melhorados – que atingem menos de 50 por cento dos beneficiários. Estes exigem atenção especial.

Como um passo final resumimos os resultados dos testes estatísticos que analisam a comparabilidade dos distritos de intervenção (IHSS e CFD) com os seus grupos de comparação relevantes. A Tabela 64 resume os resultados dos testes de comparação IHSS e a Tabela 65 resume os resultados dos testes de comparação CFD.

No que diz respeito aos distritos de intervenção IHSS – como um grupo, apesar de apresentarem diferenças substanciais em termos de algumas das correlações mais importantes de resultados de saúde, existem diferenças importantes em alguns indicadores de saúde – diarreia, febre, desparasitação, água e saneamento – que devem ser consideradas ao analisar o impacto de futuras intervenções IHSS.

Em contraste com os distritos de intervenção IHSS, os três distritos de intervenção CFD – como um grupo – são bastante comparáveis com o seu grupo de comparação. A Tabela 65 mostra que dos 39 indicadores testados apenas cinco mostram diferenças significativas entre o grupo de intervenção CFD e o seu grupo de comparação.

Em qualquer um dos casos a forma adequada de analisar o impacto das intervenções será analisar a alteração nos indicadores entre o período de referência e um ponto no tempo pós-intervenção.

