



**MINISTERIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE**

Relatório

**Inquérito Nutricional a Crianças de 0 a 24 Meses de Idade,
Adolescentes e Mulheres em Idade Fértil nas Províncias de Niassa,
Cabo Delgado e Nampula, 2015.**



Versão 1.2

Maputo, Janeiro 2017

INDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2.1 Objectivo Geral	8
3 METODOLOGIA.....	8
3.1 Desenho de estudo	8
3.2 Área e população de estudo	8
3.3 Tamanho de amostra e amostragem	8
3.4 Técnicas e instrumentos de colheita de dados	10
3.4.1 Entrevistas com mães/cuidadoras	10
3.4.2 Medições antropométricas.....	10
3.4.3 Diagnóstico de positividade para parasitas intestinais	11
3.4.4 Diagnóstico de anemia.....	11
3.4.5 Diagnóstico de malária.....	11
3.5 Qualidade de dados, transferência e armazenamento.....	12
3.6 Análise de dados	12
3.7 Pré - teste	13
3.8 Considerações Éticas.....	13
4. RESULTADOS.....	14
4.1 Características Gerais da População e dos Agregados Familiares	16
4.1.1 Características gerais e socioeconómicas dos agregados familiares	16
4.1.2 Características gerais das mulheres em idade fértil	16
4.1.3 Características Gerais das Adolescentes	17
4.2 Cuidados de saúde à mulher grávida e recém-nascidos	18
4.2.1 Consulta pré-natal	18
4.3. 6 Planeamento familiar.....	27
4.4 Prevalência de doenças infecciosas de maior peso para infância	29
4.5 Prevalência de febre e malária	30
4.5.1 Prevalência da Febre	30
4.5.2 Prevalência da Malária	31
4.5.3 Posse de rede mosquiteira no agregado familiar e utilização por crianças. 32	
4. 6 Estado nutricional das crianças	34
4.6.1 Amamentação	36
4.6.6 Prevalência de Anemia entre crianças de 0 a 24 meses de idade.....	41
4.6.7 Prevalência de parasitoses entre as crianças de 0 a 24 meses.....	42
4.7 Estado Nutricional das Mulheres	42
4.7. 1 Estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos com base no índice de massa corporal	43
4.7.2 Prevalência da subnutrição com base no perímetro braquial.....	43
4.8 Estado Nutricional das adolescentes.....	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	49
5.1 Considerações	49
5.2 Recomendações.....	50
6. REFERENCIAS.....	51

Índice de Tabelas

Tabela 1 Características das mulheres	17
Tabela 2 Características das adolescentes.....	18
Tabela 3 Consultas pré-natais	19
Tabela 4 Assistência a consulta pré-natal.....	20
Tabela 5 Vacinação antitetânica	21
Tabela 6 Local de parto	22
Tabela 7 Consulta pós-parto	23
Tabela 8 Sinais de perigo no período pós parto.....	24
Tabela 9 Conhecimento de sinais de perigo na criança menor de 24 meses de idade.....	25
Tabela 10 Imunização infantil	26
Tabela 11 Número de doses de vitamina A	27
Tabela 12 Uso actual de métodos contraceptivos	28
Tabela 13 Prevalência de diarreia em crianças	30
Tabela 14 Prevalência de febre e malária	32
Tabela 15 Posse e uso de rede mosquiteira	33
Tabela 16 Testagem de sal iodado nos agregados familiares	34
Tabela 17 Estado nutricional das crianças.....	35

Agradecimentos

O Instituto Nacional de Saúde gostaria de agradecer a todos aqueles que fizeram parte desta pesquisa, em especial:

As mulheres com crianças de 0 a 24 meses de idade, adolescentes e mulheres em idade fértil de todas as 3 províncias que participaram e de forma paciente forneceram informação importante;

Aos líderes comunitários e guias pelo apoio concedido durante a recolha de dados;

As Direcções Provinciais de Saúde e Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social e os colegas que estiveram directamente envolvidos;

Aos inquiridores, controladores, digitadores, motoristas e supervisores nacionais pela dedicação e entrega ao trabalho;

Ao Banco Mundial (BM), pelo financiamento do estudo no contexto dos apoios aos programas de saúde.

Abreviaturas e Acrónimos

ACT	Artemisina
A/I	Altura por Idade
AE	Área de Enumeração
AF	Agregado Familiar
APES	Agente Polivalente Elementar
CPN	Consuta pré-natal
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DP	Desvio Padrão
ESMI	Enfermeira de Saúde Materno Infantil
GoM	Governo de Moçambique
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
INCAMF	Inquérito nutricional de crianças, adolescentes e mulheres em idade fértil
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
IRA	Infecção Respiratoria Aguda
MTILD	Rede Mosquiteira Tratada com Insecticida de Longa Duração
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
P/A	Peso por Altura
PAMRDC	Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Subnutrição Crónica
PB	Perímetro Braquial
P/I	Peso por Idade
SMI	Saúde Materno Infantil
SRO	Sais de Reidratação Orais
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TDR P.f.	Teste de Diagnóstico Rápido da Malária (<i>Plasmodium falciparum</i>)
TRO	Terapêutica de Rehidratação Oral
UPA	Unidades Primárias de Amostragem
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infancia

RESUMO

Para responder os objectivos do INCAMF 2015, realizou-se um estudo de corte transversal similar à inquérito demográfico e de saúde, no qual 2,196 agregados familiares (AF) foram seleccionados por via de amostragem bietápica à nível de distritos das províncias de Niassa, Cabo Delgado e Nampula, de acordo com procedimentos habituais para o tipo de inquérito; dos residentes nos AF, foram convidados a tomar parte do estudo todos os elegíveis, tendo resultado numa amostra de 769 crianças de 0-24 meses de idade, 527 adolescentes (11-19 anos de idade) e 1,525 mulheres em idade fértil. Dos 2,196 agregados familiares seleccionados para o estudo, 43% tinha acesso à água canalizada dentro e fora de casa, 83% tinha latrina dentro do quintal, 85% tinha pelo menos uma rede mosquiteira tratada com insecticida e 75% tinha machamba para subsistência familiar.

Em relação a saúde das mulheres, 41% das mulheres de 15-49 anos entrevistadas teve pelo menos quatro consultas pré-natais durante a última gravidez e 95% destas teve os cuidados pré-natais realizados por um profissional de saúde. No que concerne a imunização, 80% recebeu vacinas contra o tétano entre as mulheres que tiveram parto nos dois anos antes ao inquérito. Quanto ao parto institucional, 74% das mulheres teve o último parto na unidade sanitária e destas, 54% teve a consulta pós-parto na unidade sanitária nos primeiros dois dias após o parto. Quanto ao planeamento familiar, à data da entrevista, 21% das mulheres utilizavam algum método contraceptivo e o método injectável (depoprovera) foi o mais referido por estas (46%).

Em relação a imunização infantil, à data da entrevista, 32% das crianças tinha recebido todas as vacinas do calendário nacional de vacinação até aos 24 meses de idade; no que concerne a suplementação com micronutrientes, 65% de crianças de 6-24 meses tinha recebido suplementação de vitamina A pelo menos uma vez durante os seis meses que antecederam a data da entrevista, e 35% tinham recebido duas ou mais doses de Vitamina A. Quanto as doenças de maior peso no quadro epidemiológico de saúde infantil, 20% crianças de 0-24 meses de idade tiveram diarreia e 40% tiveram febre nas duas semanas prévias a entrevista. Trinta e dois por cento das crianças (0-24 meses) testaram reactivas para a malária e 24% das crianças encontradas nos agregados familiares seleccionados dormiu debaixo duma rede mosquiteira tratada com insecticida, na noite anterior a entrevista. Cerca de 51% das crianças tinha subnutrição crónica, 9% subnutrição aguda e 17% tinha subnutrição moderada. Considerando o último nascimento das mulheres entrevistadas, 26% das crianças foi amamentada exclusivamente e 72% teve amamentação mista. Cerca de 10% das crianças seleccionadas tinha anemia

grave, 51% anemia moderada e 21% de anemia ligeira. Em relação as parasitoses intestinais, contigente a baixa sensibilidade de método de diagnóstico microscópico no campo, 3% estava infestada por parasitose intestinal.

Quanto a saúde dos adolescentes, no estrato dos 11 aos 16 anos de idade, 51% apresentava índices de subnutrição grave (aguda) segundo parâmetros do perímetro braquial. Um por cento sofria de anemia grave, 8% sofria de anemia moderada e 22% foram antigenicamente reactivos para malária.

1. INTRODUÇÃO

A subnutrição crónica é um importante problema de saúde pública em Moçambique, com uma situação relativamente mais grave na região Norte. De acordo com os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde de 2011 (INE e MISAU 2013), as províncias de Nampula, Cabo Delgado e Niassa apresentam taxas elevadas de subnutrição crónica, com prevalências de 55%, 53% e 47% respectivamente.

A deficiência de micronutrientes essenciais (vitaminas e sais minerais), têm impacto considerável na morbilidade e mortalidade das crianças e mulheres. Ismael et al (2003) indicavam que em Moçambique, a qualidade da dieta das mães e das suas crianças é pobre, em várias províncias do país, particularmente em gordura, proteína e micronutrientes como o Ferro, Ácido Fólico, e a Vitamina A. A deficiência de Ferro é associada à, e agravada por prevalência elevada de infecções por parasitas, que provocam perdas sanguíneas, má absorção bem como concorrência nutricional, causando deficiência de vários nutrientes nas pessoas parasitadas (Fernandes et al, 1998; Ramos 2006; Bechir et al, 2012). As consequentes deficiências nutricionais, por exemplo a anemia, a par da carência de iodo, contribuem para reduzir o desenvolvimento intelectual, a capacidade de aprendizagem e o desempenho escolar das crianças (Martins, 2004; Ross e Thomas, 1996). O risco de morte durante a gravidez é mais elevado nas mulheres com anemia, além de risco maior de dar a luz a criança desnutrida e da ocorrência de morte fetal intra-uterina. De acordo com IDS 2011 (INE 2013) 54% das mulheres em idade fértil em Moçambique eram anémicas; a prevalência da anemia era elevada entre as crianças menores de 5 anos (69%).

O presente relatório apresenta os resultados de um inquérito realizado entre os meses de Abril a Junho de 2015, que visava principalmente determinar a magnitude da subnutrição em crianças de 0 a 24 meses de idade, em meninas adolescentes e mulheres em idade fértil, para além de aferir a prevalência de principais problemas de saúde pública e relevantes para agravo de estado nutricional, como malária, diarreia e infecções respiratórias em crianças. Espera-se que os resultados deste estudo possam constituir principais indicadores de linha de base para a monitoria do programa de fortalecimento do combate a subnutrição, nas 3 províncias da região Norte do país, nomeadamente, Niassa, Cabo Delgado e Nampula.

2 OBJECTIVOS

2.1 Objectivo Geral

Avaliar o estado nutricional e de saúde de crianças de 0 a 24 meses de idade, adolescentes (meninas 11 – 19 anos de idade) e mulheres em idade fértil, nas províncias de, Niassa, Cabo Delgado e Nampula.

2.2 Objectivos específicos

- a) Determinar a proporção de subnutrição e anemia em crianças de 0 a 24 meses de idade, em adolescentes e mulheres em idade fértil;
- b) Determinar a proporção infestação intestinal (crianças) e positividade para *Plasmodium falciparum* (crianças e adolescentes);
- c) Determinar a cobertura de intervenções-chave de sobrevivência infantil;
- d) Descrever a cobertura de intervenções-chave de saúde para a sobrevivência infantil e saúde da mulher (aleitamento materno exclusivo, acesso a profissionais e serviços de saúde).

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho de estudo

Fez-se um estudo transversal (inquérito de agregado familiar) para obter-se uma estimativa da magnitude da subnutrição e a cobertura de intervenções seleccionadas da saúde, relevantes para as sobrevivência infantil e saúde da mulher.

3.2 Área e população de estudo

O estudo foi realizado em áreas de enumeração de distritos das províncias de Niassa, Cabo Delgado e Nampula. A população de estudo foi constituída por crianças de 0 a 24 meses de idade, adolescentes (meninas de 11 – 19 anos) e mulheres em idade fértil (até aos 49 anos de idade).

3.3 Tamanho de amostra e amostragem

O tamanho de amostra foi calculado de modo a ser adequado para determinar uma redução na prevalência de subnutrição de 2 pontos percentuais

por ano com nível de significância de 95% e poder de 80%. Assim, foi calculada uma amostra de 2.196 agregados.

3.3.1. Unidade primária de amostragem: selecção das áreas de enumeração

As unidades primárias de amostragem (UPA) foram as áreas de enumeração (EA). Listas de todas as AE com respectiva população foram obtidas do Instituto Nacional de Estatística (INE). Na selecção das AE foi usada a técnica de probabilidade proporcional ao tamanho de população de cada aglomerado. Este processo foi feito em colaboração com o INE e antes de começar o trabalho de campo.

3.3.2. Unidade secundária de amostragem: selecção dos agregados familiares

As unidades de amostragem secundárias foram os agregados familiares dentro das AE. Vinte e cinco agregados familiares nas regiões rurais e 20 agregados familiares nas regiões urbanas foram seleccionados usando selecção aleatória. Antes da selecção dos agregados familiares a visitar, foi feita uma listagem de agregados familiares residentes nas AE seleccionadas, para obter o marco amostral que serviu para a selecção aleatória de agregados familiares que foram finalmente visitadas para inclusão no estudo.

3.3.3. Critérios de inclusão

- Ser mulher em idade fértil ou reprodutiva (15 a 49 anos);
- Ser mulher jovem adolescente com idade de 11 a 19 anos;
- Ser Criança com idade de 0 a 24 meses.

A inclusão de crianças com idade de 0-24 meses, deve-se a facto serem o grupo mais acometidos pelos agravos de saúde como a subnutrição, anemia e outras doenças (IDSs 2003 e 2011; MICS 2008). Por outro lado, enfocando este grupo alvo, minimiza-se os vieses de memória de eventos de saúde para quais as mães foram questionadas.

3.3.3. Critérios de exclusão

- Recusa em participar do estudo;

- Ausências do agregado familiar em 3 tentativas de visita consecutivas;

3.4 Técnicas e instrumentos de colheita de dados

Os dados do estudo foram colhidos através das seguintes técnicas: entrevistas com mães/cuidadores de crianças 0-24 meses de idade, adolescente (11-16 anos), mulher adulta e em idade fértil no agregado familiar (até aos 49 anos); medição antropométrica; avaliação da concentração de iodo no sal doméstico por teste rápido de campo; diagnóstico de infestação parasitária intestinal por microscopia de fezes à fresco no campo, diagnóstico de anemia por teste de concentração de hemoglobina (Hemocue™) no campo e diagnóstico de malária (*P. falciparum*) por teste rápido no campo.

3.4.1 Entrevistas com mães/cuidadoras

O questionário foi concebido de forma a obter informações importantes sobre as seguintes áreas: informação sobre saúde das mães/cuidadores, saúde durante a gravidez e de recém-nascido, informação sobre saúde da criança, práticas de aleitamento materno, tratamento dado para a criança doente, a ocorrência de malária/prevenção e uso da rede mosquiteira. Além disso, o captou-se o resultado teste de nível de iodo no sal consumido pelo agregado familiar, medidas antropométricas, resultados de teste de anemia e parasitoses. Em situações onde um agregado familiar tinha mais de uma criança com idade entre 0 a 24 meses, e mais do que uma mãe com criança com 0 a 24 meses de idade, um questionário de agregado familiar com módulos sobre saúde materno e infantil foi adicionalmente preenchido para cada criança e a para respectiva mãe.

Os respondentes elegíveis para a entrevista foram: as mães/cuidadores de crianças até 24 meses de idade, mulheres em idade fértil e adolescentes (meninas). Nos casos em que a mãe/cuidador não estivessem disponíveis, qualquer adulto (18 anos ou mais) era respondente elegível. Importa referir que a prioridade era dada à pessoa mais próxima em termos de cuidados continuados a criança. Duas visitas adicionais foram realizadas antes de declarar que o agregado familiar não estava disponível para o estudo.

3.4.2 Medições antropométricas

A fim de determinar o estado nutricional das crianças, adolescentes (meninas) e mulheres em idade fértil foram tomadas medidas do peso, altura/estatura e perímetro branquial.

Medição de peso: a cada equipa foi fornecida uma balança com precisão

de 100 gramas.

Medição de comprimento/altura: Cada equipa tinha um altímetro portátil, quer vertical quer horizontal (Secca™) para medir a altura/estatura e fitas métricas padrão do Ministério da Saúde de Moçambique, para medição de perímetros braquiais. Todas as crianças de até 24 meses de idade foram medidas deitadas (comprimento), utilizando-se altímetro horizontal. Para adolescentes e mulheres em idade fértil, as medidas de altura foram tomadas em pé, descalças, com o mínimo de roupa possível e em posição vertical com os braços ao longo do corpo, utilizando-se padrões de antropometria de campo, e as escalas eram em cm e a precisão de 1 mm.

A validade dos índices nutricionais é determinada pela cobertura da população de crianças a serem estudadas e a padronização dos procedimentos de medição. Por exemplo, apesar de o termo "altura" ser usado aqui, crianças com 0 a 24 meses são medidas deitadas num altímetro horizontal; a altura vertical é o padrão para medição de crianças mais velhas, mulheres e adolescente. Todas as crianças de até 24 meses de idade cujas mães forem entrevistadas foram qualificadas para estarem inclusas na recolha de dados antropométricos.

3.4.3 Diagnóstico de positividade para parasitas intestinais

A identificação de formas parasitárias nas fezes foram feitas por microscopia através das técnicas de Ritchie modificado, Wills e Kato-katz.

3.4.4 Diagnóstico de anemia

Para o diagnóstico de anemia foi utilizado fotómetro digital portátil HemoCue® (β -hemoglobímetro).

A amostra de sangue capilar foi colhida na região lateral do terceiro dedo de uma das mãos, as punções foram efectuadas com lancetas descartáveis e automáticas (Vertanen *et al*, 2000). A leitura do resultado foi dentro de 60 segundos de acordo com especificações do fabricante.

3.4.5 Diagnóstico de malária

Da punção para o diagnóstico de anemia, foi colectada uma amostra de sangue capilar para teste rápido de malária (*P. falciparum*) disponibilizado pelo Serviço Nacional de Saúde. A testagem e leitura do resultado foi feita de acordo com as especificações do fabricante.

3.5 Qualidade de dados, transferência e armazenamento

A qualidade dos dados foi assegurada nas fases de recolha e digitação dos dados. Foi feita uma supervisão a dois níveis para assegurar que os procedimentos padronizados estavam a ser seguidos e os dados obtidos com qualidade. Cada equipa teve um controlador que assegurou a implementação dos procedimentos padronizados do estudo no campo, e supervisores que levaram a cabo visitas de monitoria e apoio.

Os formulários com dados recolhidos foram enviados às Direcções Provinciais de Saúde, e de seguida para a sede do INS na cidade de Maputo, sendo esta uma tarefa feita pelos supervisores de campo, logo que a recolha de dados numa determinada área fora completada.

Foi feita dupla dos dados na sede do INS, no aplicativo EpiData 3.5. A base de dados dispunha de contróis de consistência do preenchimento dos dados; a entrada de dados foi feita separadamente para as características dos agregados familiares, módulos de saúde da mulher e criança e das adolescentes. A dupla entrada permitiu comparação para verificar a consistência da digitação. Os questionários em papel foram revistos para corrigir quaisquer inconsistências. A base de dados foi transferida para SPSS versão 20.0. Para a computação de índices antropométricos, os dados foram transferidos para o aplicativo da OMS/WHO Anthro Plus (WHO, 2008).

3.6 Análise de dados

Os indicadores computados e analisados incluiu indicadores antropométricos como a proporção de crianças menores de 24 meses de idade que eram subnutridas (peso-para-idade inferior a 2 desvios-padrão da população de referência); os agravos-chave de saúde para as crianças (infecção respiratória, malária, diarreia), anemia e parasitoses intestinais. Fez-se estatística descritiva e os resultados são apresentados em distribuição percentual das respectivas variáveis em análise.

Para mulheres e adolescentes calculou-se o estado nutricional - Índice de Massa Corporal (IMC) e Perímetro Braquial (PB) e os dados referentes a anemia, malária, conhecimentos, atitudes e práticas deste grupo foram analisados por estatística descritiva e apresentados em distribuição percentual. No presente inquérito, foram usadas as recomendações da OMS relativas a inquéritos nutricionais (WHO, 2008).

3.7 Pré - teste

Os procedimentos e instrumentos do estudo foram pré-testados em quatro áreas de enumeração do Bairro Eduardo Mondlane, distrito de Marracuene, província de Maputo. A proficiência da equipa do estudo nos procedimentos (delimitação, listagem, amostragem, entrevistas e medição antropométricas) foi testada e calibrada neste contexto, durante 5 dias úteis.

3.8 Considerações Éticas

Este estudo aborda aspectos sociais e de saúde delicados, que requerem uma obediência estrita às normas de ética na pesquisa envolvendo seres humanos. Sendo a participação do agregado familiar estritamente voluntário, o consentimento informado documentado deveria somente ser obtido após explicação dos objectivos e procedimentos do inquérito (a documentação foi por assinatura ou impressão digital). Todo esforço foi feito para assegurar que os participantes entendessem a natureza, objectivos e os resultados esperados do estudo, de forma a dar o consentimento informado (ou desistir a qualquer momento).

A pessoa competente para dar consentimento informado documentado foram cada um dos adultos participantes, tendo as explicações sido dadas num nível de linguagem apropriado para pessoas leigas e com baixo nível de escolaridade. No caso de participantes elegíveis, menores de 18 anos, o consentimento informado foi dado pelos pais/ responsável ou outro adulto responsável pela saúde e bem estar dos menores de idade.

Tendo a recolha de dados sido no domicílio, incluindo rastreio do estado nutricional, os testes rápidos de hemoglobina e malária, todos os resultados foram divulgados verbalmente aos pais ou responsável da criança, sempre que solicitados. Os resultados dos testes de anemia e malária foram divulgados verbalmente e posteriormente anotados no questionário. Os casos de malária sem sinais de gravidade foram tratados com Coartem® de acordo com as normas do Serviço Nacional de Saúde do ano 2011, por uma enfermeira de Saúde da Materno Infantil, membro da equipa de campo, e foram aconselhados a buscar tratamento nas unidades sanitárias em caso de agravamento. Para as crianças com anemia severa (menos de 8 g / dl) e todas outras situações de gravidade, de acordo com os critérios clínicos, o responsável pela criança foi aconselhado a deslocar-se com maior urgência possível, com a criança, para a unidade sanitária mais próxima.

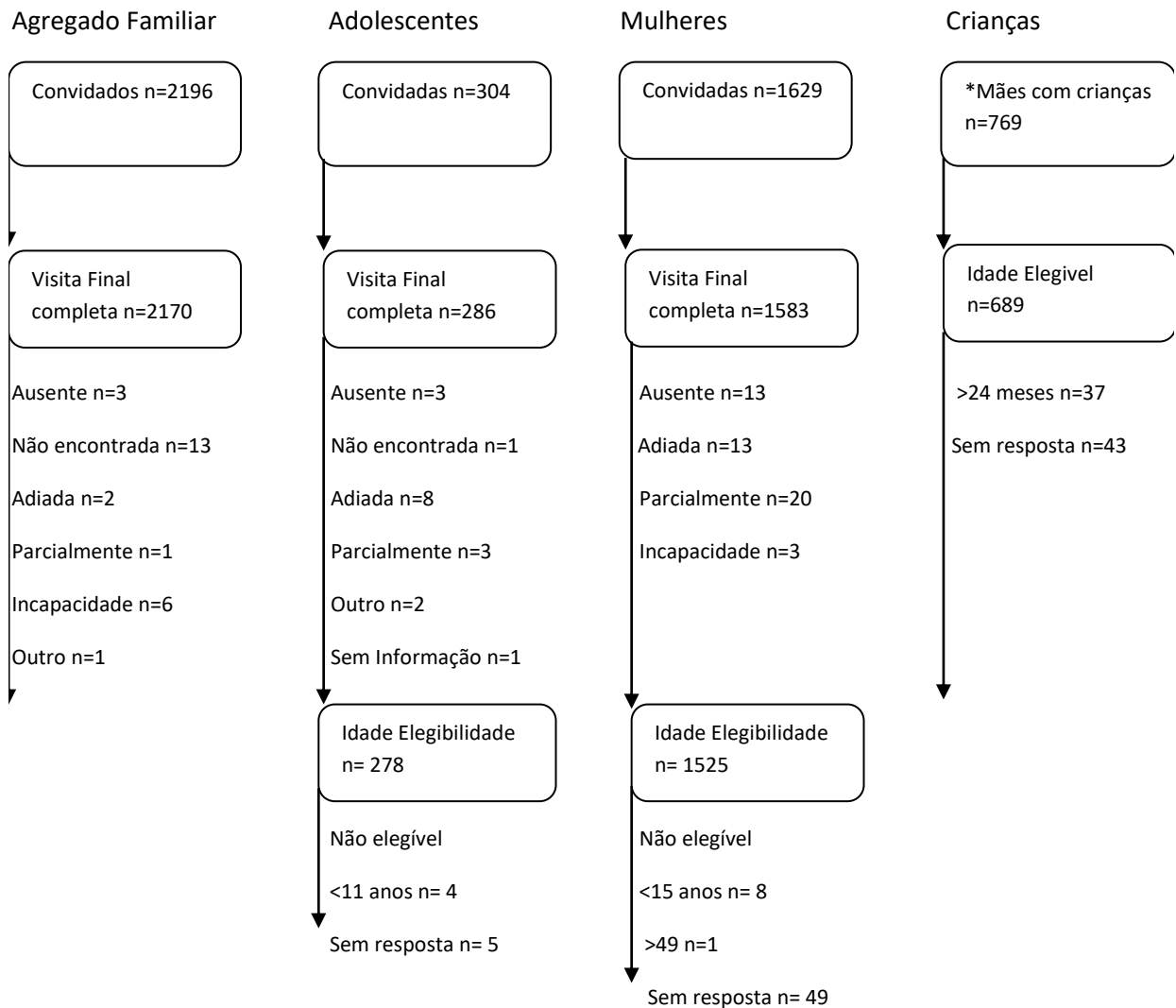
O estudo teve aprovação ética do Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique (referência 213/2014) .

4. RESULTADOS

Estimando-se que cada agregado teria em média 1 criança com idade até 24 meses, conseguiu-se uma amostra de crianças de 769. O total da amostra de adolescentes foi de 527, e 1629 mulheres em idade fértil. Esta secção apresenta os principais resultados do inquérito. O fluxograma a seguir mostra o processo de filtragem da amostra.

Figura 1: fluxograma de filtragem da amostra

Fluxo de filtragem da amostra



*Tendo em conta depois de serem seleccionadas 1525.

4.1 Características Gerais da População e dos Agregados Familiares

O INCAMF 2015 recolheu dados sobre as características demográficas e sociais de indivíduos seleccionados para o estudo. O questionário do agregado familiar permitiu colher os seguintes dados: chefe do agregado familiar, relação de parentesco entre o chefe do agregado familiar e cada membro, número de membros que o agregado tinha, condição de residência, sexo, idade, nível de escolaridade, sobrevivência dos pais e posse de bens duráveis.

Os factores sociais e económicos são determinantes do estado nutricional das crianças. Daí se explica a necessidade de se fazer uma descrição das características socioeconómicas dos agregados familiares inquiridos, permitindo desta maneira a contextualização dos dados que constam nos capítulos subsequentes do presente relatório. Nessa secção descreve-se as características gerais da população, no concernente as variáveis sociais e demográficas.

4.1.1 Características gerais e socioeconómicas dos agregados familiares

A tabela com as características gerais dos agregados familiares está em anexo 1. A análise agregada das 3 províncias mostra que cerca de 30% (n= 2207) dos agregados familiares tinham 6 ou mais indivíduos, sendo que agregados familiares com até 4 pessoas correspondiam a 50%. A mãe era a principal cuidadora das crianças em 25% dos agregados familiares, aquelas sem escolaridade correspondia a 36% e apenas 8% tinha o ensino secundário. A mulher era a chefe da família em 24% dos agregados familiares. O acesso a água "segura" (água canalizada dentro ou fora de casa ou de um fontenário ou água de furos convencionais com bomba) cobria 43% dos agregados familiares. Cerca de 17% dos agregados familiares não dispunha de latrina, e apenas 7.4% detinha latrina melhorada ou retrete convencional. A principal fonte de energia para cozinhar era combustível lenhoso (a lenha e carvão), correspondendo a 93% dos agregados familiares, sendo o chão de casa feito de terra em 72% dos casos e cobertura de capim em 74% dos agregados familiares. Setenta e cinco por cento dos agregados familiares possuía uma machamba para subsistência e em 15% um membro da família tinha uma conta bancária.

4.1.2 Características gerais das mulheres em idade fértil

A distribuição por idade das inquiridas (tabela 1) revela que mais de dois quartos tinha idade compreendida entre 15-29 anos (60%). Das mulheres inquiridas, 48% tinham o nível primário e 27% residiam na zona rural.

mmm

A maior parte das mulheres incluídas eram da província de Niassa (47%), seguidas por Cabo Delgado (31%) e Nampula (23%). Quarenta e nove por cento das mulheres declarou ser da religião Católica, seguidas da religião Islâmica (43%).

Mais de três quartos das mulheres (77%) vivia em união marital (formalmente casados ou em união de facto), enquanto 22% das mulheres declarou ser solteira ou divorciada.

Tabela 1 Características das mulheres

Características sócio demográficas das mulheres jovens e adultas entrevistadas, Províncias do Norte de Moçambique, INCAMF, 2015

Características selecionadas	Porcentagem	Número de mulheres
Idade (Anos)		
15-19	22,1	337
20-24	21,2	324
25-29	17,0	259
30-34	15,3	233
35-39	13,5	206
40-44	6,6	101
45-49	4,3	65
Nível de Escolaridade		
Nenhum	38,7	590
Alfabetização	4,2	64
Primário	47,4	723
Secundário	8,1	123
Sem resposta	1,6	25
Residência		
Urbana	27,1	414
Rural	72,6	1107
Sem informação	,3	4
Província		
Cabo Delgado	30,6	467
Niassa	46,9	715
Nampula	22,5	343
Total	100,0	1.525

4.1.3 Características Gerais das Adolescentes

Mais de dois quartos (81%) das adolescentes entrevistadas tinham o nível primário e viviam na região rural (66%). Em relação as províncias, a participação destas no estudo foi maior na província de Niassa (38%) (Tabela 2).

Tabela 2 Características das adolescentes

Idade, nível de escolaridade e proveniência das adolescentes de 11-16 anos, Províncias do Norte de Moçambique, INCAMF 2015.

Características	Porcentagem	Número de adolescentes
Nível de Escolaridade		
Nenhum	11,5	32
Primario	80,4	224
Alfabetização	3,6	10
Secundario	3,2	9
Não sabe	0,4	1
Outro	0,7	2
Residência		
Urbana	33,8	94
Rural	66,2	184
Província		
Cabo Delgado	29,9	83
Niassa	38,1	106
Nampula	32,0	89
Total	100,0	278

4.2 Cuidados de saúde à mulher grávida e recém-nascidos

4.2.1 Consulta pré-natal

A consulta pré-natal representa uma oportunidade crucial para o seguimento adequado da mulher grávida. Um dos principais objectivos da assistência durante a gravidez é monitorar o estado de saúde da mulher durante o período de gestação, reduzindo os riscos de morbilidade e mortalidade materna e infantil. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para a maximização da oferta das intervenções de saúde disponibilizadas através da consulta pré-natal, a mulher grávida deve frequentar pelo menos 4 consultas durante a gravidez. Além do número de consultas pré-natais, é também importante o estágio em que se encontra a gravidez quando a mulher se apresenta na primeira consulta, contudo a recolha dessa informação não fez parte do estudo. A primeira consulta deve idealmente acontecer até ao terceiro mês da gestação. Mais importante ainda é o tipo e qualidade de serviço recebido, parâmetros também não captados pelo estudo.

De acordo com a tabela 3, 43% das mulheres com crianças de 0 a 24 meses (limite de acordo com o filtro dessa pergunta no questionário) teve menos que 4 consultas pré-natais; 41% das mulheres teve pelo menos quatro ou mais consultas pré-natais durante a última gravidez. Analisado por diferenciais de educação, 52% das mulheres com nível de alfabetização tiveram 4+ consultas pré-natal enquanto a frequência foi de 48% naquelas com nível primário. Observa-se

também diferenças nas frequências relativas entre as províncias, Nampula (52%) teve maior proporção de 4+ consultas pré-natal, seguida de Cabo Delgado (42%) e com mais baixa proporção, Niassa (38%).

Tabela 3 Consultas pré-natais

Distribuição percentual de mulheres em torno de 4 consultas pré natais na última gravidez, Norte de Moçambique, INCAMF 2015.

Características	Percentagem que reportaram menos de 4 consultas pré-natais na última gravidez	Percentagem que reportaram pelo menos 4 ou mais consultas pré-natais na última gravidez	Sem resposta	Número de mulheres
Idade				
15-19	48,3	36,4	15,4	143
20-24	42,4	40,0	17,6	170
25-29	45,4	44,6	10,0	130
30-34	40,0	37,9	22,1	95
35-39	36,4	48,1	15,6	77
40-44	41,4	34,5	24,1	29
45-49	37,5	50,0	12,5	8
Escolaridade				
Nenhuma	46,4	32,6	21,0	291
Alfabetização	25,9	51,9	22,2	27
Primário	41,2	47,5	11,3	284
Secundário	44,7	42,1	13,2	38
Sem resposta	41,7	41,7	16,7	12
Residência				
Urbana	37,9	45,5	16,6	145
Rural	44,6	39,3	16,2	507
Província				
Cabo Delgado	50,3	42,1	7,7	195
Niassa	39,3	37,7	23,0	382
Nampula	44,0	52,0	4,0	75
Total	43,1	40,6	16,3	652

O acompanhamento da mulher grávidas em número adequado (4+) de consultas pré-natais garante a oferta das intervenções de saúde chave, dentre as quais consta a suplementação com salferroso e ácido fólico. Idealmente almeja-se que as mulheres grávidas recebam pelo menos 90 comprimidos de salferroso e ácido fólico durante a gravidez. Pese embora este dado não tenha sido recolhido no âmbito do inquérito, de acordo com dados de rotina do sistema de informação de saúde, para o mesmo período do estudo, receberam pelo menos 90 comprimidos de salferroso 66%, 46% e 56% de mulheres grávidas respectivamente nas províncias de Niassa, Cabo Delgado e Nampula, na consulta

pré-natal.

4.2.2 Assistência durante a consulta pré-natal

As mulheres foram questionadas sobre utilização da consulta pré-natal na última gravidez e a classe de profissional de saúde de quem recebeu os cuidados pré-natais (CPN).

Mais de dois terços de mulheres (95%) dos 15 aos 49 anos de idade teve a consulta pré natal feita por um profissional de saúde, 3% por APE e parteira tradicional, e 2% por outro pessoal de saúde na comunidade (activistas) (Tabela 4). Não verifica-se diferenças acentuadas na assistência a consulta pré-natal por classe de profissional de saúde em relação a características selecionadas.

Tabela 4 Assistência a consulta pré-natal

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos que tiveram nascimentos vivos nos cinco anos anteriores ao inquérito, por classe de trabalhador de saúde que prestou cuidados pré-natais (CPN) durante a gravidez do último nascimento

Características Selecionadas	Profissional de saúde (Medico, ESMI. Parteira)	APE e Parteira tradicional	Outro Pessoal de saúde na comunidade	Número de mulheres
Idade				
15-19	94,5	2,8	2,8	145
20-24	95,2	3,0	1,8	167
25-29	96,2	2,3	1,5	131
30-34	93,6	3,2	3,2	94
35-39	93,7	5,1	1,3	79
40-44	96,7	3,3	0,0	30
45-49	100,0	0,0	0,0	8
Escolaridade				
Nenhuma	93,2	4,1	2,7	292
Alfabetização	100	0,0	0,0	27
Primário	95,8	2,8	1,4	285
Secundário	97,4	0,0	2,6	38
Sem resposta	100,0	0,0	0,0	12
Residência				
Urbano	95,9	1,4	2,8	145
Rural	94,7	3,5	1,8	509
Província				
Cabo Delgado	99,5	0,5	0,0	195
Niassa	91,9	4,7	3,4	384
Nampula	98,7	1,3	0,0	75
Total	95,0	3,1	2,0	654

4.2.3 Imunização Antitetânica

O programa alargado de vacinação inclui a prevenção do tétano neonatal por via de administração de Vacinação Antitetânica (VAT) à mulheres em idade fértil e as que visitarem uma unidade sanitária, para consulta ou cuidados pré-natais. Para avaliar a Vacinação Antitetânica (VAT), perguntou-se as mulheres que

tiveram filhos vivos durante os dois anos anteriores ao inquérito, se tinham recebido alguma vacina contra o tétano.

A tabela 5 mostra a percentagem de mães que recebeu VAT durante a gravidez do último filho e a percentagem das mulheres que no último filho. Oito em cada dez mulheres (80%) de 15-49 anos de idade recebeu VAT na última gravidez. A percentagem de mulheres que recebeu vacina antitetânica foi maior na província de Cabo Delgado (83%) do que na província de Nampula (70%).

Tabela 5 Vacinação antitetânica

Percentagem de mulheres de 15-49 anos com nascimento vivo nos últimos cinco anos anteriores ao inquérito, que receberam vacinas antitetânicas (VAT) durante a gravidez do último nascimento, segundo características seleccionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Carcterísticas seleccionadas	Mulheres que na última gravidez foram protegidas contra tétano neonatal ¹	Mulheres que na última gravidez não foram protegidas contra tétano neonatal	Sem resposta	Número de mulheres
Idade				
15-19	82,9	15,1	2,0	152
20-24	78,1	21,3	0,6	178
25-29	77,9	21,3	0,7	136
30-34	78,8	18,2	3,0	99
35-39	82,4	17,6	0,0	85
40-44	70,0	26,7	3,3	30
45-49	87,5	12,5	0,0	8
Nível de Escolaridade				
Nenhum	76,6	22,0	1,3	304
Alfabetização	70,4	29,6	0,0	27
Primário	82,4	16,0	1,6	307
Secundário	84,2	15,8	0,0	38
Sem resposta	83,3	16,7	0,0	12
Área de Residência				
Urbana	79,1	18,9	2,0	148
Rural	79,6	19,3	1,1	148
Província				
Cabo delgado	83,2	15,3	1,5	196
Niassa	80,2	18,3	1,5	393
Nampula	69,7	30,3	0,0	99
Total	79,5	19,2	1,3	688

¹Incluem mães que receberam duas ou mais vacinas durante a gravidez ou no seu último nascimento.

4.3 Cuidados maternos e de recém-nascidos

4.3.1 Local de Parto

A Tabela 6 apresenta percentagem de mulheres que teve parto institucional segundo características sócio-demográficas seleccionadas. Cerca de 74% das

mulheres teve parto institucional, 24% deu luz em casa e 1% de mulheres deu a luz a caminho da unidade sanitária. Os partos institucionais foram mais frequentes entre as mulheres na faixa etária dos 20-24 anos (78%), entre as mulheres com ensino secundário (97%) e entre as que viviam em zona urbana (87%). Enquanto as províncias de Nampula e de Niassa apresentam proporções mais altas de partos institucionais, ambas com cerca de 84%, a província de Cabo Delgado apresentou a proporção mais alta de partos fora da unidade sanitária (48%).

Tabela 6 Local de parto

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos, que tiveram filho nascidos vivos nos dois anos anteriores ao inquérito, por local de partos, segundo características seleccionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015.

Características seleccionadas	Hospital	Casa	A caminho do hospital	Sem resposta	Número de mulheres
Idade					
15-19	71,1	27,0	0,7	1,3	152
20-24	77,5	20,2	1,7	0,6	178
25-29	75,7	22,1	1,5	0,7	136
30-34	74,7	22,2	3,0	0,0	99
35-39	68,2	30,6	0,0	1,2	85
40-44	73,3	26,7	0,0	0,0	30
45-49	50,0	50,0	0,0	0,0	8
Estado Civil					
Casada/vive maritalmente	73,7	24,0	1,4	0,9	563
Solteira/divorciada	73,2	26,0	0,8	0,0	123
Sem resposta	100,0	0,0	0,0	0,0	2
Escolaridade					
Nenhuma	67,4	29,6	1,3	1,6	304
Alfabetização	85,2	11,1	3,7	0,0	27
Primário	76,2	22,5	1,3	0,0	307
Secundário	97,4	2,6	0,0	0,0	38
Sem resposta	66,7	33,3	0,0	0,0	12
Área de Residência					
Urbano	87,2	10,1	2,0	0,7	148
Rural	70,0	28,1	1,1	0,7	540
Província					
Cabo delgado	49,0	48,0	2,0	1,0	196
Niassa	83,5	15,5	0,3	,8	393
Nampula	83,8	12,1	4,0	0,0	99
Total	73,7	24,3	1,3	0,7	688

4.3.2 Consulta pós-parto nos primeiros dois dias

A tabela 7 mostra que 54% das mulheres teve consulta pós-parto na unidade sanitária nas primeiras 24 horas depois do parto. Esta proporção é mais alta na faixa etária de 20-24 anos (58%) e mais baixa na faixa etária 45-49 anos

(25%). As percentagens apresentam uma ligeira variação em função nível de escolaridade, sendo de 70% para as mulheres com nível de alfabetização e 48% para as mulheres sem nenhum nível de escolaridade. As mulheres da zona urbana foram as que tiveram acesso a consulta pós-parto em maior proporção. Em termos de distribuição geográfica, a província de Nampula apresenta uma proporção de 60%, seguido de Niassa (56%) e Cabo Delgado (48%).

Tabela 7 Consulta pós-parto

Distribuição percentual de mulheres que tiveram consulta pós parto dentre aquelas com filho nascido vivo na ultima gravidez, segundo características seleccionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características seleccionadas	% mulheres com crianças < de 24 meses que tiveram consulta pós-parto dentro de um dia depois do parto	% mulheres com crianças < de 2 anos que não tiveram consulta pós-parto dentro de um dia depois do parto	Sem resposta	Número de mulheres
Idade				
15-19	53,9	36,2	9,9	152
20-24	58,2	40,1	1,7	177
25-29	56,7	37,3	6,0	134
30-34	54,1	41,8	4,1	98
35-39	42,4	54,1	3,5	85
40-44	56,7	36,7	6,7	30
45-49	25,0	62,5	12,5	8
Nível de Escolaridade				
Nenhum	48,0	46,7	5,3	302
Alfabetização	70,4	25,9	3,7	27
Primário	56,7	37,4	5,9	305
Secundário	63,2	34,2	2,6	38
Sem resposta	66,7	33,3	0,0	12
Área de Residência				
Urbana	66,4	26,0	7,5	146
Rural	50,6	44,8	4,6	538
Província				
Cabo delgado	48,0	45,9	6,1	196
Niassa	55,5	39,4	5,1	391
Nampula	59,8	36,1	4,1	97
Total	53,9	40,8	5,3	684

4.3.3 Conhecimento de sinais de perigo no pós-parto

As mulheres foram perguntadas sobre sinais de perigo de agravos de saúde depois de dar a luz, com enfoque aos que indicariam a necessidade de procura imediata de cuidados de saúde. A tabela 8 mostra que todas as mulheres de 15-49 anos de idade entrevistadas mencionaram algum sinal de perigo pós parto,

sendo que 29% destas mencionaram dois ou mais sinais.

As mulheres na faixa etária de 15-19 anos foram as que em maior proporção mencionaram dois ou mais sinais (38%) em enquanto menor proporção esteve entre as mulheres na faixa etária de 40-44 (12%). A proporção das mulheres que mencionaram 2 sinais de perigo é mais alta na faixa etária de 35-39 anos (35%), com residência em Cabo Delgado (33%) e entre mulheres que fizeram o nível primário (33%). Ainda em relação ao nível de escolaridade, as maiores proporções mencionaram dois ou mais perigos foram nas mulheres com nível primário e secundário (33% e 30% respectivamente).

Tabela 8 Sinais de perigo no período pós parto

Distribuição percentual de mulheres de 15 a 49 anos de idade que mencionaram sinais de perigo no período pós-parto, segundo características sócio-demográficas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

características selecionadas	Mulheres que mencionaram 1 sinal de perigo no pós-parto	Mulheres que mencionaram 2 sinais de perigo no pós-parto	Mulheres que mencionaram 3 sinais de perigo no pós-parto	Numero de mulheres
Idade				
15-19	62,1	34,1	3,8	132
20-24	75,3	24,7	0,0	154
25-29	79,1	19,1	1,7	115
30-34	67,0	33,0	0,0	88
35-39	64,6	35,4	0,0	79
40-44	88,0	8,0	4,0	25
45-49	100,0	0,0	0,0	5
Escolaridade				
Nenhuma	75,9	23,0	1,1	270
Alfabetização	80,0	20,0	0,0	25
Primário	65,8	32,7	1,5	266
Secundário	67,6	29,4	2,9	34
Sem resposta	100,0	0,0	0,0	3
Área de Residência				
Urbana	65,1	33,3	1,6	126
Rural	72,9	25,8	1,3	472
Província				
Cabo delgado	62,1	33,1	4,8	145
Niassa	74,9	24,9	0,3	358
Nampula	71,6	28,4	0,0	95
Total	71,2	27,4	1,3	598

4.3.4 Conhecimento de sinais de perigo de doença numa criança

O conhecimento de sinais de perigo de doenças, particularmente em crianças menores de 24 meses de idade, é fundamental para procura de cuidados de saúde de forma imediata. O nível de conhecimento de 1 a 3 sinais de perigo entre mães com crianças está descrito na tabela 9, que mostra uma proporção

global de 74% das mulheres menciona entre 1 a 3 sinais de perigo. Esta proporção cai para 24% quando são avaliados 4 a 6 sinais de perigo e 2% quando são avaliados 7 ou mais sinais de perigo. O nível de conhecimento de 1 a 3 sinais de perigo é relativamente mais alto no grupo etário dos 40-44 anos com 86%. A proporção de mulheres com conhecimento de 1 a 3 sinais de perigo não varia substancialmente em função de província de residência, sendo 76 % em Niassa, 71% em Cabo Delgado e Niassa, respectivamente.

Tabela 9 Conhecimento de sinais de perigo na criança menor de 24 meses de idade

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos com crianças menores de 24 meses de idade, que mencionaram sinais de perigo de doenças na criança, segundo características seleccionadas, Norte de Moçambique, INCAMF 2015

características seleccionadas	Mulheres que mencionaram 1 a 3 sinais de perigo na criança < 2 anos	Mulheres que mencionaram 4 a 6 sinais de perigo na criança < 2 anos	Mulheres que mencionaram 7 ou mais sinais de perigo na criança < 2 anos	Número de mulheres
Idade				
15-19	69,2	30,8	0,0	146
20-24	78,8	21,2	0,0	165
25-29	84,0	13,7	2,3	131
30-34	63,5	33,3	3,1	96
35-39	67,1	29,3	3,7	82
40-44	85,7	10,7	3,6	28
45-49	62,5	25,0	12,5	8
Escolaridade				
Nenhuma	74,9	23,0	2,1	291
Alfabetizacão	92,6	7,4	0,0	27
Primaria	71,9	26,8	1,4	295
Secundaria	65,6	31,3	3,1	32
Sem resposta	90,9	9,1	0,0	11
Residencia				
Urbana	74,1	23,7	2,2	139
Rural	74,1	24,4	1,5	517
Província				
Cabo delgado	71,3	26,	2,1	188
Niassa	76,2	21,9	1,9	370
Nampula	71,4	28,6	0,0	98
Total	74,1	24,2	1,7	656

4.3.5 Imunização Infantil

A informação sobre cobertura da vacinação foi recolhida utilizando dois procedimentos, através do cartão de vacinação e pela informação fornecida pela

mãe. Assim, quando a mãe tivesse o cartão de vacinação da criança, este era a principal fonte de informação, e por isso, o(a) inquiridor(a), copiava toda informação diretamente a partir do cartão. Na ausência do cartão, pediu-se à mãe para que indicasse quais as vacinas administradas a criança e quando.

A tabela 10 mostra que 32 % de crianças tinha recebido todas as vacinas do calendário do PAV até aos 24 meses de idade. Como era de se esperar, em termos de distribuição geográfica, 39% de crianças da área urbana foram completamente imunizadas contra 30% da área rural; e a província de Cabo Delgado apresentou a percentagem mais elevada (57%) seguido da província de Niassa (25%) e Nampula (0%).

A tabela 10 mostra também maior proporção de crianças (64,9%) dos 12–24 meses, até a data do inquérito, de acordo com o cartão de vacinação ou informação da mãe, não foram completamente imunizadas. Esta percentagem varia com área de residência e a província. A percentagem é mais alta em crianças que residem na área rural (71%) e na província de Nampula (100%).

Tabela 10 Imunização infantil

Percentagem de crianças de 12-24 meses de acordo com estado vacinal segundo informação disponível no cartão de saúde ou fornecida pela mãe, segundo características seleccionadas, Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características seleccionadas	Vacinação completa	Vacinação incompleta	Número de crianças
Residência			
Urbana	39,4	60,6	71
Rural	29,5	70,5	281
Província			
Cabo Delgado	56,9	43,1	102
Niassa	25,2	74,8	210
Nampula	0,0	100	40
Total	31,5	64,9	352

4.3.6 Vitamina A

A tabela 11 mostra a percentagem de crianças de 6 a 24 meses de idade que receberam suplementação de vitamina A alguma vez durante os seis meses que antecederam o inquérito. Seis em cada dez crianças tomaram pelo menos uma dose de vitamina A (65%) e três em cada dez (35%) tomaram duas ou mais doses de Vitamina A. A faixa etária de crianças com idade entre 6-11 meses foi a com menor proporção na toma de duas ou mais doses de vitamina A (12%), não obstante as mesmas foram as com maior proporção na toma de uma dose de vitamina A (88%).

Tabela 11 Número de doses de vitamina A

Percentagem de crianças de 6-24 meses de idade, que tomaram uma ou mais doses de vitamina A segundo características seleccionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características	Crianças que tomaram 1 dose de vitamina A	Crianças que tomaram pelos 2 a 3 doses de vitamina A	Número de crianças
Idade			
<6	54,5	45,5	11
6-11	88,3	11,7	60
12-24	58,0	42,0	169
Sexo			
Masculino	64,1	35,9	117
Feminino	66,7	33,3	123
Residência			
Urbana	59,7	40,3	62
Rural	67,4	32,6	178
Provincia			
Cabo Delgado	68,1	31,9	91
Nampula	62,7	37,3	134
Niassa	73,3	26,7	15
Total	65,4	34,6	240

4.3. 6 Planeamento familiar

O curto intervalo de tempo entre as gravidezes é um factor de risco para vários problemas de saúde da mulher e criança, incluindo a subnutrição. Maior espaçamento pode ser conseguido através da utilização de métodos de contracepção com métodos modernos ou chamados convencionais. Esta secção descreve a utilização de principais métodos contraceptivos à data do inquérito, tendo sido ilustrados somente 3 métodos modernos (DIU, Pílula e Injecção) por serem esses os mais referidos pelas inquiridas. A Tabela 12 apresenta a proporção das mulheres que afirmaram estar ou não a usar métodos contraceptivos no momento do inquérito, descritos por características sociodemográficas seleccionadas.

No geral, 21% das mulheres entrevistadas com idade 15-49 anos, casadas ou em união de facto, usavam algum método de contracepção (planeamento familiar). O método com maior frequência de utilização era a injecção (43%), seguida de pílula (33%). O uso da injecção diferiu entre as classes etárias das mulheres, sendo a proporção mais alta no grupo de mulheres de 35-39 anos (59%) e mais baixa no grupo de mulheres de 15-19 anos (24%).

Em função de classes de escolaridade, o uso da injeção tinha proporção mais alta no grupo de mulheres alfabetizadas (64%) e mais baixa no grupo de mulheres com nível secundário (37%). O uso da injeção foi maior na província de Nampula (51%) em comparação com a província de Cabo Delgado (33%), com uma diferença de dezoito pontos percentuais. No que concerne ao uso de pílula, também verificou-se diferença por classes de idade das mulheres, área de residência e entre as províncias, como mostra a tabela 12.

Tabela 12 Uso actual de métodos contraceptivos

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos por tipo de método contraceptivo actualmente usado, segundo características seleccionadas, INCAMF 2015 (a)

Características seleccionadas	DIU	Injeção	Pilula	Numero de mulheres	Nenhum método	Número de mulheres
Idade						
15-19	0,0	24,1	41,4	58	82,5	332
20-24	0,0	50,7	34,7	75	76,5	319
25-29	1,4	49,3	27,5	69	72,9	255
30-34	0,0	45,3	43,4	53	76,8	228
35-39	0,0	58,7	19,6	46	77,6	205
40-44	8,3	50,0	25,0	12	88,0	100
45-49	0,0	57,1	28,6	7	89,2	65
Estado Civil						
Casada/vive maritalmente	0,8	45,1	37,6	237	79,5	1155
Solteira//divorciada	0,0	48,1	20,3	79	76,3	333
Sem Resposta	0,0	50,0	25,0	4	75,0	16
Nível de Escolaridade						
Nenhum	0,0	48,2	32,5	83	85,8	583
Alfabetização	0,0	63,6	36,4	11	82,8	64
Primário	0,6	47,1	33,5	170	76,1	711
Secundário	1,9	36,5	34,6	52	57,0	121
Sem resposta	0,0	25,0	0,0	4	84,0	25
Área de Residência						
Urbana	0,8	41,4	36,7	128	68,9	411
Rural	0,5	48,7	30,9	191	82,5	1089
Sem resposta	0,0	100,0	0,0	1	75,0	4
Província						
Cabo Delgado	1,4	32,9	17,8	73	83,9	453
Nampula	0,5	51,0	41,1	192	73,0	712
Niassa	0,0	45,5	25,5	55	83,8	339
Total	0,6	45,9	33,1	320	78,7	1.504

(a) A soma das % não resulta em 100% porque ilustra-se selectivamente e apenas os contraceptivos mais importantes.

4.4 Prevalência de doenças infecciosas de maior peso para infância

4.4.1 Diarreia

A desidratação causada por diarreia continua sendo uma das causas mais importantes de morte das crianças menores de 5 anos. Para inverter este cenário, o MISAU tem incentivado, através de diversos programas, o aumento da ingestão de líquidos e a utilização da Terapêutica de Reidratação Oral (TRO), quer com os pacotes de Sais de Reidratação Oral (SRO), quer com a preparação de misturas caseiras apropriadas.

Todas as mães com crianças de 0 a 24 meses foram questionadas sobre a ocorrência de diarreia, na criança, nas duas semanas anteriores ao inquérito. No caso afirmativo, questionou-se se a diarreia tinha sangue e que tipo de tratamento a mãe teria procurado.

Vinte por cento das crianças de 0 a 24 meses tiveram diarreia e destas 22% tiveram diarreia com sangue nas duas semanas anteriores ao inquérito. No global, não se observaram diferenças notáveis em relação as classes de variáveis selecionadas. A província de Cabo Delgado, com 24%, teve a prevalência mais alta de diarreia com sangue, enquanto as províncias de Nampula e Niassa tiveram a prevalência mais baixa de diarreia com sangue (23% e 20%, respectivamente). Como era de se esperar, crianças que vivem nas regiões rurais tiveram a prevalência mais alta de diarreia com sangue (23%) comparando as que vivem nas áreas urbanas (17%). A prevalência de casos de diarreia com sangue foi alta entre as crianças do sexo feminino (27%) em relação as de sexo masculino (17%).

Tabela 13 Prevalência de diarreia em crianças

Prevalência de diarreia em crianças de 0-24 meses de idade, segundo características selecionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características selecionadas	Crianças que tiveram diarreia	Número de crianças	Crianças tiveram diarreia com sangue	Número de crianças
Idade				
<6	10,8	167	0,0	18
6-11	30,8	169	15,4	52
12-24	18,5	351	32,3	65
Sexo				
Masculino	20,2	351	16,9	71
Feminino	19,0	336	26,6	64
Residencia				
Urbana	16,3	147	16,7	24
Rural	20,6	540	22,5	111
Provincia				
Cabo delgado	21,5	195	23,8	42
Niassa	19,1	393	20,0	75
Nampula	18,2	99	22,2	18
Total	19,7	687	21,5	135

4.5 Prevalência de febre e malária

O síndrome febril continua a ser uma das principais manifestações de doença aguda em todas as faixas etárias.

4.5.1 Prevalência da Febre

A febre, embora seja indicativo de incidência de muitas outras patologias, tem sido considerada como um dos principais manifestações da malária nas crianças menores de 5 anos. Por isso, tem sido recomendado que em caso de febre, seja realizado o teste rápido da malária e os casos positivos sejam tratados com anti maláricos combinados, geralmente incluindo artemisina (ACT) na combinação da primeira linha, idealmente iniciada o mais urgente possível e antes de 30 horas após do início dos sintomas. O atraso no início do tratamento das crianças pode ter consequências fatais nos casos de infecção severa ou permitindo que infecção ligeira se torne severa, dificultando assim controlo da doença. Neste estudo procurou-se saber, junto das mulheres com crianças de 0-24 meses, se nas

duas semanas que antecederam ao inquérito, a criança teve febre e se esta foi levada à consulta na unidade sanitária.

Mais de um terço (40%) das crianças teve febre nas duas semanas anteriores ao inquérito, segundo as mães. Esta proporção foi mais alta em crianças na faixa etária dos 6 aos 11 meses (44%). Em função de limites administrativos, a província de Cabo Delgado com 49%, apresentou a proporção mais alta em relação a província de Nampula (42%) e Niassa (35%). A maior proporção de febre foi reportada entre crianças que residem nas regiões urbanas (46%) do que na área rurais (39%) (tabela 13).

4.5.2 Prevalência da Malária

Os resultados da prevalência de malária apresentados nesta secção se baseiam em testes rápidos de diagnóstico (TDR/TRD) que foram realizados à crianças menores de 24 meses, no dia do inquérito. É importante ressaltar que os testes rápidos de diagnósticos identificam um maior número de casos positivos do que o rastreio da malária por microscopia, porque os TRD são para detecção de antígenos do parasita, podendo estar presente mesmo nas pessoas que não estejam infectadas no dia do inquérito (por exemplo, pessoas recentemente tratadas para malária). Todas as crianças que tiveram resultados positivo para malária foram tratadas a com Coartem® ou referidas a unidade sanitária mais próxima em casos clinicamente indicados.

No geral, 32% das crianças menores de 24 meses foram positivos para a malária (TDR para *P.falciparum*). A prevalência da malária nas crianças variou com as classes de idade, oscilando dos 14% nas crianças menores de 6 meses para 40% nas crianças de 12 a 24 meses.

Em relação a área de residência, e em contraste com o reporte da febre, a prevalência da malária foi maior na área rural (36%) comparado com a área urbana, com uma diferença de dezasseis pontos percentuais. A província de Cabo Delgado (41%) apresentou a prevalência mais alta de malária em crianças de 0-24 meses e Niassa a mais baixa (28%).

Tabela 14 Prevalência de febre e malária

Prevalência de febre e malária em crianças de 0-24 meses de idade, por características selecionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características selecionadas	Febre	Número de crianças	TDR pf+	Número de crianças
Idade (meses)				
<6	32,3	167	14,3	168
6-11	44,4	169	33,7	169
12-24	41,6	351	40,1	352
Sexo				
Masculino	39,6	351	32,5	351
Feminino	40,5	336	32,0	338
Residencia				
Urbana	45,6	147	19,5	149
Rural	38,5	540	35,7	540
Provincia				
Cabo Delgado	48,7	195	40,8	196
Niassa	35,1	393	27,7	393
Nampula	42,4	99	33,0	100
Total	40,0	687	32,2	689

4.5.3 Posse de rede mosquiteira no agregado familiar e utilização por crianças

A Tabela 15 mostra a percentagem de agregados familiares com pelo menos uma rede mosquiteira, de qualquer tipo, fossem essas redes mosquiteira tratadas com insecticida (MTI), ou uma rede mosquiteira tratada com insecticida de longa duração (MTILD). Oito em cada dez agregados familiares selecionados tinha acesso a uma rede mosquiteira tratada. O acesso a rede tratada não mostrou diferenças percentuais acentuadas em relação a área de residência e por províncias, apesar de ser elevada em Cabo Delgado (91%) e baixa em Nampula (78%).

Em relação ao uso, 24% das crianças de 0-24 meses residentes nos agregados familiares inqueridos teriam dormido debaixo duma rede mosquiteira tratada com insecticida de longa duração na noite anterior ao inquérito. As crianças do sexo masculino (29%) e crianças residentes na área urbana (34%) eram as com proporções maiores de terem dormido debaixo de uma rede tratada na noite anterior ao inquérito (tabela 15). Uma em cada dez crianças residentes na província de Niassa (6%), em comparação com sete em cada dez crianças na província de Nampula (71%) dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior ao inquérito.

Tabela 15 Posse e uso de rede mosquiteira

Percentagem de agregados familiares com pelo menos uma rede mosquiteira tratada com insecticida e a percentagem de crianças que dormiram debaixo de uma rede na noite anterior ao inquérito, por características selecionadas, Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características selecionadas	Famílias com rede mosquiteira	Número de crianças	Criança dormiu de baixo da rede	Número de crianças
Idade da mãe (anos)				
15-19	85,4	151	17,8	129
20-24	87,1	178	23,2	155
25-29	84,6	136	31,3	115
30-34	85,9	99	23,5	85
35-39	78,8	85	26,9	67
40-44	86,7	30	23,1	26
45-49	75,0	8	50,0	6
Sexo				
Masculino	83,5	351	29,0	293
Feminino	86,3	336	19,7	290
Área de Residência				
Urbana	89,1	147	33,6	131
Rural	83,7	540	21,7	452
Provincia				
Cabo Delgado	90,8	195	39,0	177
Niassa	83,7	393	5,5	329
Nampula	77,8	99	71,4	77
Total	84,9	687	24,4	583

4.5.4 Disponibilidade de sal iodado nos agregados familiares

O consumo de sal iodado é fundamental para prevenção da deficiência de iodo. Como parte da operação do inquérito, o sal de cozinha consumido no agregados familiares foi testado para determinar se era iodado. A tabela 16 mostra que 96% dos agregados familiares entrevistados tinham o sal de cozinha iodado. Destes, 75% tinham sal ligeiramente iodado e 20% tinham sal adequadamente iodado. A presença de sal adequadamente iodado foi maior na província de Niassa (39%) em comparação com Cabo Delgado (2%), com uma diferença de 37 pontos percentuais (tabela 16).

Tabela 16 Testagem de sal iodado nos agregados familiares

Distribuição percentual de agregados familiares com o sal de cozinha testado para iodo, por características selecionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características	Sal não iodado	Sal ligeiramente iodado	Sal adequadamente iodado	Sem resposta	Número de agregados familiares
Área de Residência					
Urbana	14,5	62,2	21,8	1,5	455
Rural	0,6	78,8	20,1	0,5	1562
S/Informação	0,0	100,0	0,0	0,0	3
Provincia					
Cabo Delgado	8,9	87,8	1,6	1,7	572
Niassa	0,4	60,6	38,5	0,6	725
Nampula	2,9	79,7	17,3	0,1	723
Total	3,7	75,1	20,4	0,7	2020

4. 6 Estado nutricional das crianças

Para avaliação do estado nutricional das crianças, recorreu-se ao uso de medidas antropométricas padrão para crianças, nomeadamente, altura para idade (A/I), peso para altura (P/A) e peso para idade (P/I).

Os indicadores do estado nutricional são expressos em unidades de Desvio Padrão (Z-scores) a partir da média da população padrão¹. A relação entre altura e idade (A/I) ou o índice A/I é um indicador que reflecte uma situação de subnutrição crónica. A Tabela 17, apresenta a percentagem de crianças de 0 a 24 meses de idade classificadas por estado de subnutrição de acordo com os índices de altura para a idade, peso para a altura e peso para a idade, por classes de idade, e de outras características seleccionadas.

No geral, das crianças de 0 a 24 meses de idade 51% estava em subnutrição crónica e 9% em subnutrição aguda, 17% tinha insuficiência de peso (peso baixo para a idade). A prevalência de subnutrição crónica variou em função da classe de idade, passando de 33% nas crianças menores de 6 meses para 60% nas crianças de 12 a 24 meses. Em relação ao sexo e área de residência da criança, a proporção de subnutrição crónica foi alta entre crianças do sexo masculino (55%) e crianças residentes na área rural (54%). A prevalência de subnutrição crónica foi mais alta na província de Niassa (56%) e mais baixa na

¹ A população de referência utilizada neste relatório é o padrão da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2006.

província de Nampula (39%) (tabela 17).

Tabela 17 Estado nutricional das crianças

Percentagem de crianças de 0-24 meses classificadas como malnutridas, segundo três indicadores antropométricos do estado nutricional: Altura para idade, peso para altura, e peso para idade, segundo características seleccionadas, INCAMF 2015

Característica seleccionada	Altura para a Idade		Número de crianças	Peso para a Altura		Número de crianças	Peso para a Idade		Número de crianças
	(Subnutrição Crónica)			(Subnutrição Aguda)			(Baixo peso para a idade)		
	<- 3DP	<- 2DP		<- 3DP	<- 2DP		<- 3DP	<- 2DP	
Idade (meses)									
<6	20,5	32,9	146	5,7	11,3	141	4,4	12,7	158
6-11	30,7	54,2	153	4,0	9,9	151	5,5	15,9	164
12-24	39,7	59,7	320	3,4	7,8	321	7,9	21,5	340
Sexo									
Masculino	36,7	55,3	313	3,8	9,3	312	8,4	20,7	334
Feminino	29,1	48,7	306	4,3	9,0	301	4,6	15,2	328
Residencia									
Urbana	26,2	43,1	130	3,1	6,9	131	2,1	9,7	144
Rural	34,8	54,4	489	4,4	9,8	482	7,7	20,3	518
Província									
Cabo delgado	28,9	50,5	190	4,1	10,7	196	7,3	23,8	193
Niassa	36,6	55,7	350	3,5	6,5	340	5,1	14,4	376
Nampula	26,6	39,2	79	6,5	16,9	77	10,8	20,4	93
Total	33,0	52,0	619	4,1	9,1	613	6,5	18,0	662
Quintil de Riqueza									
Mais Baixo	37,7	50,8	130	3,2	11,3	124	7,9	22,3	139
Segundo	30,5	51,7	118	5,1	8,5	118	5,6	20,6	126
Medio	37,3	61,9	126	3,3	8,9	123	8,4	16,8	131
Quarto	24,3	42,7	103	1,0	6,8	103	3,7	13,0	108
Mais elevado	26,7	44,0	75	6,3	8,8	80	4,7	9,4%	85
Total	32,1	51,1	552	3,6	8,9	548	6,3	17,1	589

Notas: A Tabela é baseada nas crianças que estiveram nos agregados familiares no dia da entrevista. Cada índice expressa-se em unidades de desvio padrão (DP) da mediana de OMS do Padrão de Crescimento da Criança adoptado em 2006. Estes índices não são comparáveis com os baseados classificação utilizada anteriormente, isto é, a referência de 1977 NCHS/CDC/WHO. O quadro baseia-se em crianças com datas de nascimento válidas (meses e anos) e medições de altura e peso também válidas.

4.6.1 Amamentação

Amamentação (aleitamento ao peito) desempenha um papel importante no estado nutricional da criança e na defesa contra doenças e na mortalidade infantil. Aleitamento inadequado está associado ao aparecimento de doenças, principalmente agudas e infecciosas, que por sua vez condicionam o estado nutricional de crianças e vice-versa, estabelecendo-se num ciclo vicioso que poderá interferir negativamente no processo de desenvolvimento fisiológicos e do crescimento corporal da criança.

Por outro lado, a amamentação têm, por via fisiológica e hormonal, efeitos sobre a fertilidade pós-parto, o que pode contribuir para o espaçamento de gravidezes. Pelo contrário, o uso de biberão comporta um risco acrescido de transmissão de doenças sobretudo nas áreas rurais e suburbanas onde os padrões de higiene e condições de acesso a comodidades importantes para higiene e conservação de laticíneos não são, ainda, apropriados. Por isso, o Ministério de Saúde de Moçambique promove a amamentação exclusiva das crianças durante os primeiros seis meses de vida.

4.6.2 Aleitamento exclusivo e misto

A amamentação exclusiva de todas as crianças até 6 meses de vida e a sua continuação por pelo menos dois anos é uma prática fundamental para a saúde de crianças. O leite materno é um alimento completo para os primeiros meses de vida das crianças, pois ele contém não só nutrientes necessários, mas também anticorpos que fortalecem o sistema imunológico da criança. É facto demonstrado que aleitamento materno exclusivo (sem qualquer complemento alimentar, nem mesmo água) leva menor risco de morte das crianças por doenças diarreicas e outras infecções.

A Tabela 19 mostra que nove em cada dez crianças de 0-24 meses (98%) de mulheres entrevistadas foram amamentadas, destas sete em cada dez (72%) tiveram amamentação mista e duas em cada dez (26%) tiveram amamentação exclusiva.

A proporção relativa a amamentação exclusiva variou com o local, sendo maior na província de Nampula (31%) comparado com as províncias de Cabo Delgado (27%) e Niassa (24%). A amamentação exclusiva diminui, como esperado, com o avançar da idade da criança, passando de cerca de 97% em crianças menores de 6 meses para 11% em crianças de 6-11 meses e 4% em crianças de 12-24 meses (tabela 18).

Tabela 18 Amamentação

Percentagem de crianças de 0-24 meses descritas por tipos de aleitamento, segundo características seleccionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características seleccionadas	Crianças amamenta das	Número de crianças	Aleitamento misto	Aleitamento materno exclusivo	Sem resposta	Número de crianças
Idade (meses)						
<6	99,4	168	10,8	87,4	1,8	167
6-11	98,2	169	86,4	10,7	3,0	169
12-24	97,2	351	94,3	4,0	1,7	351
Sexo						
Masculino	97,4	351	72,6	25,9	1,4	351
Feminino	98,5	337	71,4	25,9	2,7	336
Residencia						
Urbano	98,0	148	73,5	24,5	2,0	147
Rural	98,0	540	71,7	26,3	2,0	540
Provincia						
Cabo Delgado	99,5	196	71,8	26,7	1,5	195
Niassa	97,2	393	73,3	24,2	2,5	393
Nampula	98,0	99	67,7	31,3	1,0	99
Total	98,0	688	72,1	25,9	2,0	687

4.6.3 Alimentos e líquidos consumidos pelas crianças na noite anterior ao inquérito

A Tabela 19, apresenta a percentagem de crianças menores de 24 meses de idade, que consumiram alimentos e líquidos de interesse do inquérito, na noite anterior. Seis em cada dez crianças (64%) receberam algum alimento líquido, sólido ou semi-sólido. Destas, setenta e oito por cento das crianças recebeu água simples, 4% leite e fórmulas infantis e 10% recebeu sumos. Em relação aos alimentos específicos de interesse para indicadores de practicas nutricionais no inquerito, 23% recebeu frutas, 33% recebeu papas enriquecidas, 19% legumes, e 29% receberam peixes e derivados. Estes indicadores não são mutuamente excluentes pelo que não se deve somar as proporções.

A percentagem de crianças que recebeu qualquer alimento líquido ou semi-sólido aumenta em função de classe da idade, variando de 7% em crianças menores de 6 meses de idade para 86% em crianças de 12-24meses. Em relação as outra características seleccionadas, a tabela 20 não mostra acentuadas diferenças de proporções.

Tabela 19 Alimentos e líquidos consumidos pelas crianças

Percentagem de crianças de 0-24 meses que receberam alimentos específicos de interesse, na noite anterior ao inquérito, por características seleccionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características	Líquidos				Alimentos sólidos e semi sólidos				Qualquer alimento sólido ou semi sólido	Número de crianças
	Água simples	Leite/ fórmulas infantis	Sumo	Outros Líquidos	Frutas	Papas enriquecidas	Legumes/ frutas	Peixes e derivados		
Idade (meses)										
<6	17,4	2,4	0,6	3,0	1,8	5,4	1,8	2,4	6,6	167
6-11	95,9	7,1	8,9	33,7	21,9	40,	17,2	29,6	75,1	169
12-24	98,0	3,4	14,	37,6	34,5	45,6	28,2	41,9	85,8	351
Sexo										
Masculino	78,6	4,3	10,3	29,9	24,2	34,8	17,1	26,2	61,5	351
Feminino	77,1	3,9	8,9	26,5	22,6	34,2	21,1	32,4	66,4	336
Residencia										
Urbana	75,5	12,9	15,6	41,5	29,3	36,7	17,0	36,1	63,9	147
Rural	78,5	1,7	8,0	24,6	21,9	33,9	19,6%	27,4	63,9	540
Provincia										
Cabo Delgado	77,9	3,1	9,7	33,8	25,1	36,4	13,3	36,4	69,2	195
Niassa	78,6	4,6	11,2	28,0	26,7	35,1	25,2	27,0	63,9	393
Nampula	74,7	4,0	3,0	18,2	7,1	28,3	6,1	24,2	53,5	99
Total	77,9	4,1	9,6	28,2	23,4	34,5	19,1	29,3	63,9	687

4.6.5 Práticas alimentares para crianças

A tabela 20 mostra que, catorze por cento de crianças menores de 24 meses de idade amamentadas, receberam 4 ou mais grupos de alimentos sendo a adequação quanto a frequência mínima de refeições foi numa proporção de 36%.

A percentagem de crianças amamentadas e não amamentadas menores de 24 meses de idade que receberam 4 ou mais grupos de alimentos foi de 27%, e destas, crianças do sexo feminino era 30% e 36% para crianças residentes na área urbana. Três de cada dez crianças na província de Cabo Delgado (35%) receberam 4 ou mais grupos de alimentos comparado com uma de cada dez na província de Nampula (13%).

Tabela 20 Práticas de alimentação de lactentes e crianças

Percentagem de crianças de 6-24 meses que são alimentadas de acordo com as práticas de alimentação de lactentes e crianças mais novas baseando no estado de amamentação, número de grupos de alimentos, e a frequência de alimentação durante o dia ou noite anterior ao inquérito, por características seleccionadas, INCAMF 2015

Características	Entre crianças 6-24 meses amamentadas			Número de crianças	Entre as crianças 0-24 meses, percentagem alimentadas							Número de crianças
	4+grupos de alimentos ¹	Frequência mínima de refeições ²	Ambas practicas		Leite materno, leite, ou produtos de leite ⁴	Número de Crianças	4+grupos de alimentos ¹	Numero de crianças	Frequência mínima de refeições ⁵	Número de crianças	Com práticas ALCP ³	
Idade (meses)												
<6	Na	Na	na	na	na	na	na	na	na	na	87,4	167
6-8	9,6	58,5	11,7	94	1,1	95	11,6	95	57,9	95	16,8	95
9-11	11,1	43,1	25,0	72	2,7	74	24,3	74	44,6	74	31,1	74
12-17	12,7	43,7	28,4	197	,5	198	28,3	198	43,4	198	27,8	198
18-24	19,4	45,1	36,8	144	5,3	152	35,3	153	45,5	154	37,2	153
Sexo												
Masculino	14,8	37,9	24,6	256	3,0	264	24,2	265	51,3	265	24,8	351
Feminino	12,7	33,9	29,9	251	1,6	255	29,4	255	42,2	256	24,1	336
Residencia												
Urbana	23,4	39,3	35,5	107	1,8	109	34,5	110	48,6	111	26,4	148
Rural	11,3	35,0	25,0	400	2,4	410	24,6	410	46,3	410	23,9	539
Provincia												
Cabo Delgado	19,0	25,2	34,7	147	0,7	148	34,5	148	34,5	148	24,5	196
Niassa	12,0	39,5	26,8	291	3,0	300	26,2	301	50,8	301	23,2	392
Nampula	10,1	43,5	13,0	69	2,8	71	12,7	71	55,6	72	29,3	99
Total	13,8	35,9	27,2	507	2,3	519	26,7	520	46,8	521	24,5	687

¹ Grupos de comida: a. formula infantil, leite diferente do leite materno, queijo ou iogurte ou outros derivados de leite; b. alimentos feitos de grãos, raízes e tubérculos incluindo papas e alimento fortificado feito de grãos; c. frutas e vegetais ricos em vitamina A (óleo de palma vermelha); d, outros vegetais e frutas; e. ovos; f. carne, galinha, peixe, e carne de órgãos; g. leguminosas e nozes..

² Para criança amamentada, mínimo de frequência de refeições é receber alimentos sólidos e semi-sólidos pelo menos duas vezes por dia para crianças de 6-8 meses de idade e pelo menos três vezes ao dia para crianças 9-24 meses

³ Crianças não amamentadas 6-24 meses são consideradas como alimentadas com o mínimo padrão de três práticas de alimentação de lactentes e crianças se recebem outro leite ou outro derivado de leite duas vezes ao dia, recebe o mínimo de frequência de refeições e recebem alimentos sólidos ou semi-sólidos de pelo menos quatro grupos de alimentos, não incluindo leite e/ou derivados de leite. Para crianças < 6 meses de idade o padrão ALCP pode ser equiparado ao aleitamento materno exclusivo

⁴ Crianças amamentadas ou não amamentadas e recebendo duas ou mais refeições de formula infantil comercial, leite fresco, enlatado e leite em pó de animal e iogurte

⁵ As crianças não são alimentadas o mínimo de vezes por dia de acordo com a sua idade e estado de amamentação como descritos nas notas 2 e 4

4.6.6 Prevalência de Anemia entre crianças de 0 a 24 meses de idade.

Todas as crianças entre 0 e 24 meses residentes nos agregados seleccionados ao inquérito foram oferecidas teste para anemia e malária. Os testes foram executados por enfermeiras de Saúde Materno-Infantil. Para o propósito deste inquérito, níveis de hemoglobina menores de 7.0 gramas por decilitro (g/dl) são considerados como casos de anemia severa. Casos de anemia, especialmente os graves, foram aconselhados e referidos à uma unidade sanitária quando clinicamente indicado.

A Tabela 21 mostra a prevalência de anemia das crianças de 0 a 24 meses por características sociodemográficas seleccionadas. Cerca de 10% das crianças sofria de anemia grave, 51% de anemia moderada e 21% de anemia ligeira. Como era de se esperar as crianças de 6 a 11 meses apresentam a proporção de anemia mais alta (15%) comparando com as crianças entre 0 a 6 meses (3%); comparando por províncias, a de Nampula e Cabo Delgado apresentaram consideráveis proporções de crianças com anemia grave, respectivamente 15% e 13%. Não houve substancial diferença de prevalência de anemia grave, que foi em menos de um ponto percentual, por sexo das crianças.

Tabela 21 Prevalência de anemia entre as crianças

Percentagem de crianças de 6-24 meses classificadas como tendo alguma forma de anemia e crianças não anémicas, por características seleccionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características	Anemia por nível de hemoglobina (g/dl)			Sem Anemia (>11.0)	Número de crianças
	Anemia grave (< 7.0)	Anemia moderada (> 7 a < 10)	Anemia ligeira (10 a < 11)		
Idade (meses)					
<6	2,5	46,0	16,8	34,8	161
6-11	15,3	54,1	19,7	10,8	157
12-24	11,0	51,1	24,5	13,5	327
Sexo					
Masculino	10,2	54,5	20,3	15,1	325
Feminino	9,7	46,6	22,5	21,3	320
Área de Residência					
Urbana	10,9	46,3	26,5	16,3	147
Rural	9,6	51,8	19,9	18,7	498
Provincia					
Cabo Delgado	12,8	58,2	12,8	16,3	196
Niassa	6,8	46,4	26,2	20,5	351
Nampula	15,3	50,0	21,4	13,3	98
Total	9,9	50,5	21,4	18,1	645

4.6.7 Prevalência de parasitoses entre as crianças de 0 a 24 meses

Importa destacar que o inquérito foi levado a cabo após uma campanha de saúde onde houve desparasitação em massa, sendo razoável acreditar que a relativa baixa prevalência pode influenciada por esta actividade. Por outro lado, a testagem para parasitas nas condições de campo, por microscopia, é intrinsecamente pouco sensível. Por dificuldades próprias da recolha de amostras (visitas pontuais às casas, próprias de um estudo transversal de base comunitária), apenas cerca de metade das potenciais crianças puderam entregar as amostras durante o período útil de estadia da equipa na área de enumeração. No geral, 3% tiveram resultado positivo para parasitas intestinais. Não houve variação da prevalência de parasitoses intestinais por zona rural e urbana, com 3% e 2% respectivamente. As crianças que viviam na província de Nampula tiveram positividade mais elevada (9%) do que as crianças da província de Cabo Delgado (1%) (Tabela 22).

Tabela 22 Prevalência de parasitoses

Prevalência de parasitoses intestinais em crianças de 0-24 meses, por características seleccionados, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características	Negativo	Positivo	Sem Informação	Número de crianças
Idade (meses)				
<6	56,6	0,7	42,6	136
6-12	47,4	1,5	51,1	137
12-25	50,5	4,5	45,0	309
Área de Residência				
Urbana	45,7	2,4	52,0	127
Rural	52,7	3,1	44,2	455
Província				
Cabo Delgado	43,5	0,5	56,0	184
Niassa	54,6	3,0	42,4	328
Nampula	55,7	8,6	35,7	70
Total	51,2	2,9	45,9	582

4.7 Estado Nutricional das Mulheres

O défice nutricional das mulheres em idade reprodutiva têm influência no estado nutricional da descendência, sendo que tal influência inicia no período intra-uterino, manifesta-se no extremo por atraso de crescimento e desenvolvimento intra-uterino do feto ou morte fetal. O índice comumente empregue para avaliar o estado nutricional na

idade adulta é o Índice de Massa Corporal, e o estado nutricional pode também ser rastreado por medição de perímetro braquial (PB).

4.7. 1 Estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos com base no índice de massa corporal

O estado nutricional das mulheres foi avaliado em todas as mulheres de 15 a 49 anos, tendo sido medidas peso e altura, usando altímetros e balanças adequadas para o trabalho de campo. Neste relatório usou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) como indicador de estado nutricional das mulheres.

Nota-se que no global, 74% das mulheres tinha estado nutricional adequado, 8% apresentavam subnutrição moderada e 2% das mulheres tinham subnutrição grave ($IMC \leq 16$). A nível das três províncias, verifica-se uma ligeira variação das percentagens, a província de Nampula apresentou uma percentagem elevada de subnutrição grave (4%) em relação a província de Niassa (1%). A prevalência da subnutrição foi ponto percentual mais elevada na área rural (2%) em relação a área urbana (1%) (tabela 23).

4.7.2 Prevalência da subnutrição com base no perímetro braquial

No global, das mulheres 86% tinha perímetro braquial adequado, 11% apresentavam subnutrição moderada e 4% apresentavam subnutrição grave, segundo o referencial de PB ($PB < 18$ cm) nas mulheres e gestantes de 15 a 49 anos (tabela 23).

A prevalência de subnutrição grave foi ligeiramente elevada nas mulheres com idade entre 15 a 19 anos (4%). A província de Niassa (4%) apresentou a prevalência mais elevada. A prevalência foi ligeiramente elevada na área urbana (3%) em relação a área rural (1%).

Tabela 23 Estado nutricional das mulheres

Percentagem de mulheres de 15-49 anos de idade com alguma forma de subnutrição tendo em conta o índice de massa corporal e perímetro braquial, segundo características selecionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características	Índice de Massa Corporal			Número de Mulheres	Perímetro Braquial			Número de Mulheres
	Desnutrição grave	Desnutrição moderada	Adequado		Subnutrição grave	Subnutrição moderada	Adequado	
Idade								
15-19	1,2	11,7	78,6	248	4,3	12,6	83,1	254
20-24	1,1	9,8	76,1	264	0,7	9,7	89,5	267
25-29	0,9	7,0	74,4	215	0,9	6,9	92,1	216
30-34	2,2	5,0	73,7	179	1,1	2,2	96,6	179
35-39	3,4	6,9	69,0	174	1,7	4,5	93,8	177
40-44	2,2	6,7	70,0	90	0,0	3,3	96,7	91
45-49	0,0	5,5	74,5	55	0,0	5,4	94,6	56
Escolaridade								
Nenhum	1,9	6,2	77,8	482	0,8	5,9	93,3	491
Alfabetização	2,0	9,8	74,5	51	3,9	9,8	86,3	51
Primário	1,4	9,6	74,7	574	2,2	8,3	89,5	580
Secundária	2,0	9,2	58,2	98	1,0	7,1	91,8	98
Sem resposta	0,0	5,0	65,0	20	0,0	10,0	90,0	20
Área de Residência								
Urbana	1,2	7,9	66,4	330	3,0	8,4	88,6	334
Rural	1,8	8,3	77,3	891	1,1	7,0	91,9	902
Sem informação	0,0	0,0	100,0	4	0,0	0,0	100,0	4
Província								
Cabo Delgado	0,5	7,9	76,	390	1,5	7,6	90,9	394
Nampula	4,4	9,2	74,6	272	0,4	5,4	94,2	571
Niassa	1,1	7,	72,8	563	4,4	10,9	84,7	275
Total	1,6	8,2	74,4	1225	1,6	7,3	91,0	1240

4.8 Estado Nutricional das adolescentes

A tabela 24 abaixo apresenta o estado nutricional de adolescentes de 11 a 19 anos, segundo o perímetro braquial. Os resultados indicam que 51% de adolescentes de 11 a 16 anos apresentavam subnutrição grave; 19% das adolescentes de 11 a 16 anos apresentavam subnutrição moderada e 29% apresentavam PB adequado. A prevalência de subnutrição grave nas adolescente de 11 a 16 anos segundo o PB, foi maior nas adolescentes alfabetizadas (67%) e na província de Nampula (84%).

No global, as adolescentes na faixa etária de 17 a 19 anos apresentam PB adequado (86%) e PB sugestivo de subnutrição moderada em 11%. Cerca de 13% das neste classe etária de adolescentes da provincia de Nampula apresentam o PB de subnutrição grave, comparando com 1% e 2% da provincia de Niassa e Cabo Delgado respectivamente.

Tabela 24 Estado nutricional de adolescentes

Percentagem de adolescentes de 11-19 anos de idade avaliadas para subnutrição tendo em conta o perímetro braquial (PB), segundo características selecionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características	Adolescente 11 - 16 anos				Adolescente 17 - 19 anos			
	Desnutricao grave	Subnutrição moderada	PB adequado	Número de adolescentes	Subnutrição grave	Subnutrição moderada	PB adequado	Número de adolescentes
Escolaridade								
Nenhum	50,0	26,7	23,3	30	1,6	12,9	85,5	62
Alfabetização	66,7	11,1	22,2	9	0,0	0,0	100,0	5
Primaria	52,0	18,2	29,8	198	3,9	10,2	85,9	128
Secundaria	28,6	14,3	57,1	7	9,5	4,8	86,0	21
Sem resposta	0,0	100,0	0,0	1	0,0	14,3	85,7	7
Área de Residência								
Urbana	51,2	17,1	31,7	82	7,7	9,6	82,7	52
Rural	51,5	20,2	28,2	163	2,3	10,5	87,1	171
Provincia				76				
Cabo Delgado	32,9	19,7	47,4	76	1,7	12,1	86,2	58
Niassa	40,4	26,6	33,0	94	0,8	11,9	87,3	118
Nampula	84,0	9,3	6,7	75	12,8	4,3	83,0	47
Total	51,4	19,2	29,4	245	3,6	10,3	86,1	223

4.81 Prevalencia de anemia entre adolescentes

Todas as adolescentes entre 11 e 16 anos residentes dos agregados seleccionados ou visitantes desses agregados que pernoitaram na noite anterior ao inquérito foram testadas para anemia e malária. No entanto, a prevalência apresentada neste relatório se baseia somente na população de facto, isto é, as adolescentes que dormiram na habitação seleccionada na noite anterior à entrevista. Para identificar a anemia o INCAMF 2015 mensurou os níveis de hemoglobina utilizando dispositivos *HemoCue Hb®*, que revela os níveis de hemoglobina alguns minutos depois da recolha de sangue capilar. As equipas de campo tinham enfermeiras que executaram os procedimentos de testagem e informavam os resultados dos testes as adolescentes. Para o propósito deste inquérito, níveis de hemoglobina menores de 7.0 gramas por decilitro (g/dl) foram considerados como casos de anemia severa.

Em caso de anemia severa as enfermeiras aconselhavam as adolescentes e referenciavam-nas para o centro de saúde mais próximo para receber assistência médica imediata, com uma nota de referência na qual se registavam os resultados do teste.

A tabela 25 mostra a prevalência de anemia em adolescentes de 11 a 16 anos por características sociodemográficas. Um por cento das adolescentes tinha anemia grave, 8% tinha anemia moderada, 19% anemia ligeira e 72% estavam sem anemia. Não se observou diferenças acentuadas na prevalência de anemia quando desagregada por características seleccionadas. As adolescentes sem qualquer escolaridade e as que residem na província de Nampula, tiveram proporções de anemia grave de 3%.

Tabela 25 Prevalência de anemia nas adolescentes

Percentagem de adolescentes de 11-16 anos com anemia, por características selecionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características	Anemia grave (< 7.0 g/dl)	Anemia moderada (> 7 a < 10 g/dl)	Anemia ligeira (10 a < 11g/dl)	Sem Anemia (>11.0 g/dl)	Número de adolescentes
Escolaridade					
Nenhuma	3,4	3,4	17,2	75,9	29
Alfabetização	0,0	20,0	0,0	80,0	5
Primária	0,5	8,4	20,3	70,8	202
Secundária	0,0	12,5	0,0	87,5	8
Sem resposta	0,0	0,0	33,3	66,7	3
Área de Residência					
Urbana	1,2	12,9	16,5	69,4	85
Rural	0,6	5,6	20,4	73,5	162
Província					
Cabo Delgado	0,0	7,8	11,7	80,5	77
Niassa	0,0	3,3	14,3	82,4	91
Nampula	2,5	13,9	31,6	51,9	79
Total	0,8	8,1	19,0	72,1	247

4.9. Prevalência de Malaria

A malária é endémica em todo o país, especialmente nas áreas onde o clima favorece a sua transmissão ao longo de todo o ano, atingindo o seu ponto mais alto durante a época chuvosa. O *Plasmodium falciparum* é o parasita mais frequente, sendo responsável por cerca de 90% de todas infecções maláricas, enquanto o *P. malariae* e o *P. ovale* são responsáveis por 9% e 1% de todas infecções, respectivamente.

Em Moçambique, a malária é a principal causa de problemas de saúde, sendo responsável por 40% de todas as consultas externas (MISAU, IDS 2011). Até 60% de doentes internados nas enfermarias de pediatria são admitidos como resultado da malária severa. A malária é também uma das principais causa de mortalidade nos hospitais.

Para avaliar a prevalência da malária fez-se a testagem para malária através do uso de testes rápidos de diagnóstico (TRD). No total, foi 22% a proporção de casos positivos para malária entre adolescentes. A tabela 27 revela que as percentagens de casos positivos foi mais elevada entre as adolescentes sem nenhum nível de escolaridade (28%).

Como era de se esperar, a prevalência da malária é ligeiramente maior nas áreas rurais, onde 23% das adolescentes testadas foram reactivas para malária, comparada com 20% das adolescentes no meio urbano. No que respeita a distribuição geográfica, a malária teve maior prevalência na provincia de Nampula (28%), seguida da provincia de Cabo Delgado (23%) e Niassa (16%).

Tabela 26 Prevalência de malária nas adolescentes

Prevalência de malária por TDR em adolescentes de 11-16 anos, por características seleccionadas, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015

Características	TDR+	TDR-	Sem resposta	Número de Adolescente
Nível de Escolaridade				
Nenhum	28,1	65,6	6,3	32
Alfabetizacao	10,0	50,0	40,0	10
Primario	22,0	70,6	7,3	218
Secundario	22,2	66,7	11,1	9
Sem resposta	33,3	66,7	0,0	3
Residencia				
Urbana	20,2	70,2	9,6	94
Rural	23,0	68,9	8,2	183
Provincia				
Cabo Delgado	22,9	72,3	4,8	83
Niassa	16,2	74,3	9,5	105
Nampula	28,1	60,7	11,2	89
Total	22,0	69,3	8,7	277

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

5.1 Considerações

Foram incluídos para o inquérito agregados familiares de regiões rurais e urbanas nos distritos das províncias de Nampula, Cabo Delgado e Niassa. Dado que o marco amostral era determinado sobretudo pela intenção essencial de fazer-se avaliação do estado nutricional de crianças, com maior foco naquelas de até 24 meses de idade, a amostra programada diferiu por províncias, e em função disso, Nampula teve menor tamanho de amostra quando comparado com Cabo Delgado e Niassa. Pretendeu-se adicionalmente avaliar o estado de saúde das crianças, sobretudo com relação a febre, malária e diarreia; estado de saúde de mulheres em idade fértil, desde que tivessem um filho elegível, as componentes nutricionais e cuidados perinatais, e estado de saúde adolescentes de sexo feminino, com idades entre 11-19 anos.

Os dados desse inquérito indicam:

- As características gerais dos agregados familiares e acesso a comodidades sugere uma prevalente situação de pobreza, caracterizada por baixo acesso à água segura, predominante uso de combustível lenhoso, saneamento deficitário, alta frequência de residências construídas com material precário.
- Cerca de 20% dos agregados familiares consomem sal adequadamente idado;
- A prevalência de subnutrição crónica em crianças de 0-24 meses é elevada nas três províncias, pese embora com magnitudes diferentes.
- A prevalência de doença febril e malária é substancial nas três províncias, atingindo 40% e cerca de 32 % respectivamente.
- Cerca de 8 em 10 crianças tinham anemia, sendo esta uma proporção elevada.
- Cerca de 2 em 10 crianças teriam tido diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito e destas, cerca de 41% tinha diarreia no dia do inquérito.
- As práticas de alimentação (em termos de grupos de alimentos) são pobres e favorecem a ocorrência de subnutrição;
- A percentagem de aleitamento materno exclusivo (cerca de 26%) é relativamente baixa se comparada com os dados de IDS 2011 (cerca de 43%) e com níveis almejados pelo MISAU.
- A prevalência de parasitose intestinal em crianças foi de 3%, contudo uma campanha de saúde e desparasitação em massa ocorreu previamente ao inquérito, bem como a técnica de exame disponível é de relativa baixa sensibilidade.
- Considerável proporção de adolescentes (~50%) tinham PB indicativo de subnutrição, sendo que cerca de 20% teria subnutrição leve a moderada.

- A prevalência de subnutrição moderada e grave nas mulheres foi relativamente baixa.
- Considerável proporção de mulheres não faz 4+ consultas pré-natais, conforme idealmente almejado.
- O uso de contraceptivos é muito baixo quando comparado com a média nacional obtida pelo IDS 2011 e a pílula e contraceptivo injectável são os métodos mais usados.
- A posse de rede mosquiteira é frequente, mas o uso da rede pela criança de 0 a 24 meses é relativamente infrequente;

5.2 Recomendações

- Os diferentes intervenientes da área de saúde materna e da criança devem continuar a sensibilizar as comunidades sobre a importância da consulta pré-natal em particular o início atempado e a frequência à pelo menos 4 consultas;
- As acções de promoção de saúde devem incidir sobre os aspectos onde as comunidades mostram falta de conhecimento consistente e atitudes e práticas inapropriadas, especificamente sobre a importância de amamentação e aleitamento exclusivo da criança bem como alimentação semi-sólida e sólida (após os 6 meses) com recurso a todos os grupos alimentares;
- As campanhas de sensibilização sobre a prevenção de doenças comuns da infância, em particular o uso de rede mosquiteira tratada com insecticida, higiene, saneamento, uso adequado de alimentos disponíveis, devem ser reforçadas para reduzir as altas taxas de morbilidade em crianças menores de 24 meses de idade.
- Deverá ser feito esforço para alterar o paradigma da alta prevalência da malária, anemia e baixo uso de profilaxias, incluindo baixo uso da rede mosquiteira, que são distribuídas nas consulta pré-natal e no âmbito do programa de acesso universal.
- A operacionalização de intervenções de combate a todas formas de subnutrição carece de fortalecimento. Tais intervenções deverão ser mistas, combinando suplementação de emergências com mudanças estruturantes de acesso a alimentos e melhor utilização dos mesmos.

6. REFERENCIAS

1. Baum F. The New Public Health: an Australian perspective. 1st edition. Melbourne: Oxford University Press, 1998.
2. Bowling A. Research Methods in Health. 3rd Edition. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1999.
3. Chan, M.S. Medley, G. F. Jamison, D. Bundy, D.A.P. (1994). The evaluation of potential global morbidity attributable to intestinal nematode infections. *Parasitology*, 109:373-387.
4. Enosse, M.S. Vaz, R. Schwalbach, J (1995). Ancylostoma duodenale e outras parasitoses intestinais e vesicais no vale do Infulene e Mahotas, Maputo. *Revista Médica de Moçambique*. Vol 6 nº 3-4
5. Evangelista, J. Alimentos um estudo abrangente. Rio de Janeiro: Editora Atheneu. 1992, 453p.
6. Fernandes, C. M. Marcello, C. C. Fiovo, H. C.M. Stella, M. S. D. Mauro, B. (1998). Atenção primária e secundária aos desnutridos. *Revista. Un. Alfenas, Alfenas*, 4:149-153,
7. Ferreira, M. R.; et al. Intestinal helminthiasis and anaemia in youngsters from Matriz da Luz, District of São Lourenço da Mata, state of Pernambuco, Brazil. *Mem. do Instituto Oswaldo Cruz*, 93 (3): 289-293, 1998.
8. FIDALGO, L., ISMAEL, C., KHAN, S. G.: Relatório da Avaliação da Deficiência em Micronutrientes a nível das Províncias de Cabo Delgado, Manica, Gaza e Maputo. Ministério da Saúde – Repartição de Nutrição, Maputo, Junho de 1999.
9. Gerito, A. Nalá, R. Casmo, V. Sabonete, A. Mapaco, L. Monteiro, J (2008). Distribuição geográfica e Prevalência de Parasitoses Intestinais e bilharziose Urinária em Crianças na idade escolar em Moçambique. *Boletim Epidemiológico nº 2/2008*, Ministério da Saúde
10. Gilgen, D.; Mascie-Taylor, C. G. N.; Roseta, L. Intestinal Helminth Infections, anaemia and Labour Productivity of female tea pluckers in Bangladesh. *Trop. Med. Intern. Health*, 6 (6): 449-457, 2001.
11. GdM. Plano de Acao Multisectorial para a Reducao da Subnutrição Cronica. Maputo. Moçambique, 2010.
12. Governo de Tete. Plano de Accao Provincial de Tete, Tete, 2011
13. Greg Guest, Arwen Bunce and Laura Johnson (2006) How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, Feb 2006. Vol.18, no 1: pp 59-82.
14. INE. Inquérito de Indicadores Múltiplos 2008, Maputo, Moçambique, 2009
15. INE. Inquérito Demográfico e de Saúde 1997, Maputo, Moçambique, 1998

- 16.INE. Inquérito Demográfico e de Saúde 2003, Maputo, Moçambique, 2004
- 17.INE. Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Maputo, Moçambique, 2013
- 18.ISMAEL, C., KHAN, S. G., THOMPSON, R., MEERSHOEK, S. e VAN STREIRTEGHEM, V.: Inquérito Nacional sobre a Deficiência de Vitamina A e Prevalência de Anemia e Malária em Crianças dos 6 -- 59 meses e Respectivas Mães – Versão Preliminar. MISAU - Repartição de Nutrição e Instituto Nacional de Saúde, Helen Keller International e UNICEF, Maputo, Outubro de 2003
- 19.KHAN, S., TIAGO, A., IBRAHIMO, H., MIGUEL, A., JUNUSSO, N., FIDALGO, L., ISMAEL, C., MEERSCHOEK, S. e AGUAYO, V. M: Moçambique: Investir na Nutrição é reduzir a pobreza – Análise das Consequências dos Problemas Nutricionais nas Crianças e Mulheres. Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Saúde – Repartição de Nutrição, Helen Keller International e USAID, Maputo, Dezembro de 2002.
- 20.MISAU. Plano de Acção Multisectorial para a redução da subnutrição crónica em Moçambique 2011 – 2014 (2020). Maputo: MISAU, 2010
- 21.MISAU. Proposta de Política Nacional para a Utilização dos Suplementos de Nutrientes nos Programas de Saúde, Maputo, 2003.
- 22.MISAU. Proposta de Política Nacional para a Utilização dos Suplementos de Nutrientes nos Programas de Saúde, Maputo, 2003.
- 23.Nita, B., Sarmila, M., Rajiv, B., Jose, M., Robert, E.B., Maharaj, K.B., et al. An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and young children in rural Haryana, India. *J.Nutr.* 2004;134:2342-2348.
- 24.Oçathain Alicia, Elizabeth Murphy, Jon Nicholl (2010) Three techniques for integrating data in mixed method studies. *BMJ.* 27 November 2010; Vol 341: p 1147-1150
- 25.ROSS, J. S. e THOMAS, E. L.: Iron deficiency anemia and maternal mortality. *PROFILES 3 Working Notes Series*, 1996; No. 3. Washington DC.
- 26.Silva, C. G. Hudson, A. S. (2001). Ocorrência de parasitoses intestinais da área de abrangência do Centro de Saúde Cícero Idelfonso da Regional Oeste da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Minas gerais. *Revista de Biologia e Ciências da Terra*, Volume 1 (1): 1519-5228
- 27.Underwood, B.A. Health and nutrition in women, infants and children: Overview of the global situation and the Asian Enigma. *Nutr. Rev.* 2002;60(5):S7-S13.
- 28.USAID. Household Food Insecurity Access Scale for measurement of food access: Indicator guide. 2007
- 29.WHO. Indicator for assessing infant and young child practices. 2008

- 30.WHO. (1990). Health education in the control f schistosomiasis. Buletin of the World Health Organization, 54:587-595.
- 31.World Bank. Poverty and Nutrition in Bolivia. A World Bank Conutry Study. 2002
- 32.UNICEF. The State of the World's Children. A UNICEF REPORT: Childhood under threat, 2009; 2.

Apendice: Pessoal do Inquérito

COMITÉ TÉCNICO

Francisco Mbofana, DNSP
Quinhas Fernandes, DNSP
Eduardo Samo Gudo, INS
Sérgio Chicumbe, INS
José Braz Chidassicua, INS
Acacio Sabonete, INS
Marla Amaro, DNSP
Edna Possolo, DNSP
Sara Paulino, DNSP

TRABALHO DE CAMPO

Supervisores Nacionais

José Braz Chidassicua (Coordenador), INS
Acacio Sabonete, INS
Carlos Botão, INS
Granelio Tamele, INS
Judite Monteiro, INS
Teobaldo Mazango, INS
Veronica Casmo, INS
Erica Manuel, INS
Amilcar Magaço, INS
Josina Mate, INS

LISTA DE INQUIRIDORES

Niassa		Cabo Delgado	
Nome	Categoria	Nome	Categoria
Issa Baptista	Controlador	Zeca joaquim natero	Controlador
Claudio Gabriel	Controlador	Filipe semedo	Controlador
Dulce Malunda Tembe	Inqueridora	Injuma franca jamal	Inquiridora
Zainabo Saide	Inqueridora	Abdul manafe abibo	Inquiridor
Culsumo Amade Gove	Inqueridora	Adao eduardo	Inquiridor
Lucia Francisco	Inqueridora	Selemane nurdine	Inquiridor
Sonia Tome Amado	Enfermeira	Malane assane	Enfermeira
Otilia M. A. Abudo	Enfermeira	Maria filomena manuel	Enfermeira
Ester Graça Catauala	TecLaboratorio	Manuel jaime catimbe	Tec laboratorio
Paulino Omar	TecLaboratorio	Daniel portugal	Tec laboratorio
Nampula			
Nome	Categoria		
Abel Luciano Marcelino Meconta	Controlador		
Silvio Marinho Cajapuiira	Inquiridora		
Hauage Momade	Controlador		
Beatiz Mário Mualabo	Inquiridora		
Ancha Zacarias Momade	Inquiridora		
Carolina Luis Zambo	Enfermeira		
Felicidade Fevereiro	Enfermeira		
Virgilio Evaristo	TecLaboratorio		
Martins Luciano Auela	TecLaboratorio		

PROCESSAMENTO DE DADOS

Gestão e Análise

Angelo Guimaraes, INS
Sérgio Chicumbe, INS
Maria Patricia Gonçalves, INS
Réka Maulide Cane , INS
Acacio Sabonete, INS

Digitadores

Ana Cátia Chin King Man
Celina Simão Nhamuave Nhamuave
Isaura Eunice Ezequiel Sibinde
Artur Marrina Santiago
Lélia Armando Maleuga
Arminda Pedro Zandamela

ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

Redação

Francisco Mbofana, INS
José Braz Chidassicua, INS
Sérgio Chicumbe, INS
Acacio Sabonete, INS
Réka Maulide Cane , INS

Revisão final

Sérgio Chicumbe, INS
Acacio Sabonete, INS
José Braz Chidassicua, INS
Réka Maulide Cane , INS
Francisco Mbofana, INS

Anexo: 1

Características gerais dos agregados familiares, região Norte de Moçambique, INCAMF 2015.				
		Frequencias	%	% cumulativa
Nr membros af	1.00	51	2.3	2.3
	2.00	258	11.7	14.0
	3.00	438	19.8	33.8
	4.00	428	19.4	53.2
	5.00	366	16.6	69.8
	6.00	299	13.5	83.4
	7.00	167	7.6	90.9
	8.00	101	4.6	95.5
	9.00	57	2.6	98.1
	10.00+	42	1.8	100.0
	Total	2207	100.0	
Divisoões/quartos para dormir	2	881	40.0	40.0
	3	560	25.4	65.4
	1	554	25.2	90.6
	4	136	6.2	96.8
	Sem informacao	44	2.0	98.7
	5+	27	1.2	99.4
	Total	2202	100.0	
Mae cuidadora primaria crianças	Sim	1530	69.7	69.7
	Nao	552	25.1	94.8
	Sem info	115	5.2	100.0
	Total	2202	100.0	
Escolaridade respondente	Nunca estudou	796	36.1	36.1
	Primario 1o grau	701	31.8	67.9
	Primario 2o grau	320	14.5	82.4
	Secundário	178	8.1	90.5
	Alfabetizacao	137	6.2	96.7
	Outro	29	1.3	98.0
	Tecnico	20	.9	99.0
	Nao sabe	13	.6	99.5
	Superior	10	.5	100.0
	Total	2204	100.0	
Chefe da familia	Esposo ou parceiro	1598	72.5	72.5
	Mae entrevistada	528	24.0	96.5
	Outro	78	3.5	100.0
	Total	2204	100.0	
Fonte de abastecimento de agua	Poço não protegido	604	27.4	27.4
	Água de fontenário	487	22.1	49.5
	Poço protegido	402	18.2	67.8
	Furo com bomba manual	268	12.2	79.9
	Água rio	204	9.3	89.2
	Na casa do vizinho	107	4.9	94.1
	Do quintal	62	2.8	96.9
	Dentro de casa	26	1.2	98.0
	Água da chuva	26	1.2	99.2
	Outro	11	.5	99.7
	Sem informcao	6	.3	100.0
	Total	2203	100.0	
Tratam a agua	Sim	1854	84.2	84.2
	Nao	340	15.4	99.6
	Sem informacao	9	.4	99.9

	Total	2203	100.0	
Latrina da casa	Latrina nao melho	1452	65.9	65.9
	Nao tem latrina	371	16.8	82.8
	Latrina tradicion	198	9.0	91.8
	Latrina melhorada	145	6.6	98.4
	Retrete semm autoc	11	.5	98.9
	Outro	11	.5	99.4
	Sem informacao	8	.4	99.7
	Retrete com autoc	6	.3	100.0
	Total	2202	100.0	
Latrina partilhada outros agregados familiares	Nao	1337	72.7	72.7
	Sim	388	21.1	93.9
	Sem info	113	6.1	100.0
	Total	1838	100.0	
Missing	System	392		
Total		2230		
Fonte de energia	Lenha	1656	75.2	75.2
	Cavaov	384	17.4	92.6
	Outro	76	3.5	96.1
	Carvaom	50	2.3	98.4
	Sem info	30	1.4	99.7
	Electr	3	.1	99.9
	Gas	3	.1	100.0
	Total	2202	100.0	
Material chao da casa	Terra batida	1589	72.2	72.2
	Cimento	346	15.7	87.9
	Terra nao batoda	249	11.3	99.2
	Tijoleira	13	.6	99.8
	Sem info	4	.2	100.0
	Outro	1	.0	100.0
	Total	2202	100.0	
Material cobertura da casa	Capim	1622	73.7	73.7
	Chapa de zinco	502	22.8	96.5
	Outro	44	2.0	98.5
	Chapa de lusalite	12	.5	99.0
	Sem info	11	.5	99.5
	Laje	6	.3	99.8
	Sem telhado	3	.1	99.9
	Lona	1	.0	100.0
	Telha	1	.0	100.0
	Total	2202	100.0	
Posse machamba	Sim	1666	75.7	75.7
	Nao	532	24.2	99.8
	Sem info	4	.2	100.0
	Total	2202	100.0	
Posse animais como gado ou aves	Nao	1371	62.3	62.3
	Sim	809	36.7	99.0
	Sem info	22	1.0	100.0
	Total	2202	100.0	
Membro agregado com conta bancaria	Nao	1851	84.1	84.1
	Sim	339	15.4	99.5
	Sem info	12	.5	100.0
	Total	2202	100.0	