

# **MONITORIZAÇÃO DOS RESULTADOS RELATIVOS AO BEM-ESTAR ENTRE OS BENEFICIÁRIOS DO PROJECTO COVida EM MOÇAMBIQUE**

PRINCIPAIS CONCLUSÕES EXTRAÍDAS DA  
AVALIAÇÃO DE REFERÊNCIA

Julho de 2018

# **MONITORIZAÇÃO DOS RESULTADOS RELATIVOS AO BEM-ESTAR ENTRE OS BENEFICIÁRIOS DO PROJECTO COVIDA EM MOÇAMBIQUE**

PRINCIPAIS CONCLUSÕES EXTRAÍDAS DO INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DE REFERÊNCIA DESTE PROJECTO PARA CRIANÇAS ÓRFÃS E VULNERÁVEIS EM MOÇAMBIQUE FINANCIADO PELO PEPFAR

**Jenifer Chapman**, PhD, COVida/Palladium  
**Ilundi Cabral**, MA, COWI  
**Carlos Lauchande**, BSc, COWI  
**Lisa Marie Albert**, PhD, COVida/Palladium

Julho de 2018

Contrato N.º 656-15-000006

## **EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Os pontos de vista do autor expressos nesta publicação não reflectem necessariamente os pontos de vista da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional ou do Governo dos Estados Unidos da América.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e ao Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio do SIDA (PEPFAR) pelo seu apoio a este projecto.

Agradecimentos a Dionísio Matos da USAID/Moçambique e Christine Fu da USAID/Washington pela assistência na conceptualização deste estudo, a orientação na implementação e a análise do relatório. Apreciamos o grupo director do projecto COVida, incluindo todos os parceiros do consórcio, pela sua revisão dos dados e pelas recomendações apresentadas neste relatório e Margo Young pelo seu apoio editorial.

Estamos gratos aos nossos colegas da COWI Moçambique pelo seu apoio durante a implementação do projecto, especialmente a equipa de campo que recolheu os dados. Estendemos agradecimentos especiais às mulheres, homens e crianças que participaram no inquérito, pelo tempo que dispensaram e pelas informações valiosas que forneceram.

Tradução ao português: Jan D. Gibboney Technical Translators

**Citação sugerida:** Chapman, J.L., Cabral, I., Lauchande, C., Albert, L.M. *Monitoring well-being outcomes among COVida project beneficiaries: Key findings from the baseline evaluation.* Maputo, Moçambique: COVida.

# ÍNDICE

Lista de quadros	5
Abreviaturas	8
Síntese	9
1. Antecedentes:	12
1.1 O desafio das crianças órfãs e vulneráveis em Moçambique	12
1.2 O projecto COVida	13
2. Finalidade e justificativa da avaliação	14
3. Métodos	16
3.1 Participantes e contexto	16
3.2 Tamanho da amostra e amostragem	16
3.3 Medidas de resultado	17
3.4 Recolha de dados	18
3.5 Processamento e análise de dados	20
3.6 Avaliação de ética e conformidade	21
4. Resultados	22
4.1 Taxas de resposta	22
4.2 Características dos agregados familiares e resultados	23
4.3 Características dos cuidadores e resultados	33
4.4 Características das crianças e resultados	44
5. Discussão	54
6. Recomendações	61
Referências	63
Apêndice 1: Indicadores para crianças com 0-4 anos de idade	66

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Taxas de resposta dos agregados familiares.....	22
Quadro 2 Componentes preenchidos do questionário e outras informações da amostra.....	23
Quadro 3 Distância entre os agregados familiares (quilómetros) e os serviços básicos.....	24
Quadro 4 Relatos dos cuidadores sobre choques económicos nos 12 meses antes do inquérito.....	25
Quadro 5 Relatos dos cuidadores sobre a sua participação no projecto de COV ou o recebimento de serviços do COVida.....	27
Quadro 6 Serviços recebidos pelas crianças.....	29
Quadro 7 Relatos dos cuidadores sobre a participação dos seus agregados familiares ou o recebimento de outros serviços.....	31
Quadro 8 Agregados familiares com acesso a dinheiro para cobrir despesas familiares inesperadas.....	33
Quadro 9 Cuidadores entrevistados por idade e sexo.....	33
Quadro 10 Características dos cuidadores entrevistados.....	33
Quadro 11 Cuidadores que fizeram o teste de HIV (auto-relato).....	34
Quadro 12 Cuidadores que fizeram o teste de HIV e receberam os resultados do seu último teste (auto-relato).....	34
Quadro 13 Cuidadores avaliados como “a sofrer”, “com dificuldades” e “a prosperar” de acordo com a Escada de Cantril.....	35
Quadro 14 Cuidadores avaliados como “a sofrer” de acordo com a Escada de Cantril.....	36
Quadro 15 Cuidadores que relataram que as suas vidas melhoraram, continuam iguais ou pioraram desde o ano anterior.....	36
Quadro 16 Cuidadores que sentem que a vida melhorou desde o ano anterior.....	37
Quadro 17 Cuidadores que relataram que as suas vidas serão melhores, iguais ou piores um ano depois.....	37
Quadro 18 Cuidadores que acreditam que as suas vidas serão melhores um ano depois.....	38
Quadro 19 Cuidadores que pensam que a educação é mais importante para os filhos do que as filhas.....	38
Quadro 20 Cuidadores que concordam ou concordam plenamente que a educação é mais importante para os filhos do que as filhas.....	39
Quadro 21 Cuidadores que aprovam o castigo físico severo como forma apropriada de disciplina ou controlo em casa ou na escola.....	40
Quadro 22 Respostas dos cuidadores em vários cenários de disciplina infantil.....	41
Quadro 23 Opiniões dos cuidadores sobre se casariam um filho com uma rapariga menor de 18 anos de idade.....	42
Quadro 24 Opiniões dos cuidadores sobre a idade com a qual as raparigas devem se casar.....	42
Quadro 25 Opinião dos cuidadores sobre se a prática de as raparigas se casarem antes dos 18 anos de idade deve continuar.....	42
Quadro 26 Cuidadores que sabem pelo menos três direitos da criança.....	43
Quadro 27 Características das crianças entrevistadas.....	44
Quadro 28 Crianças doentes demais para participar em actividades diárias.....	45
Quadro 29 Crianças que, segundo o relato dos seus cuidadores, fizeram o teste de HIV.....	46

Quadro 30 Cuidadores que relataram que sabiam o resultado do teste de HIV do seu filho, entre as crianças que foram testadas segundo o relato do cuidador.....	46
Quadro 31 Crianças cujo cuidador primário conhece o estado serológico do HIV da criança.....	46
Quadro 32 Percentagem das crianças com 6-59 meses de idade que estão subnutridas.....	47
Quadro 33 Crianças <5 anos de idade que recentemente participaram em actividades estimulantes com qualquer membro do agregado familiar com mais de 15 anos de idade.....	48
Quadro 34 Crianças com registo de nascimento (verificado).....	49
Quadro 35 Métodos de disciplina infantil utilizados pelos cuidadores.....	50
Quadro 36 Crianças com 3-4 anos de idade matriculadas na pré-escola.....	50
Quadro 37 Crianças matriculadas na escola.....	51
Quadro 38 Crianças com frequência escolar regular.....	52
Quadro 39 Crianças que progrediram na escola no ano anterior (dentre as matriculadas no ano anterior).....	53

## Apêndice 1

Quadro A1 Crianças < 5 anos no agregado familiar que recentemente participaram em pelo menos 4 actividades estimulantes com um membro do agregado familiar com mais de 15 anos de idade.....	66
Quadro A2 Crianças < 5 anos no agregado familiar (com a pai a viver com o agregado familiar) que recentemente participaram em pelo menos 1 actividade estimulante com o pai.....	67
Quadro A3 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com objectos da casa.....	67
Quadro A4 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com objectos da casa.....	68
Quadro A5 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com animais domésticos ou de estimação.....	68
Quadro A6 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com brinquedos caseiros.....	69
Quadro A7 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com objectos da natureza..... (sementes, conchas, pedrinhas, pauzinhos).....	69
Quadro A8 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com brinquedos de loja.....	69
Quadro A9 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com livros.....	70
Quadro A10 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com dois ou mais itens.....	70
Quadro A11 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com três ou mais itens.....	70
Quadro A12 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com quatro ou mais itens.....	71
Quadro A13 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador relata brincar com elas durante diferentes actividades.....	71
Quadro A14 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador relata brincar com eles durante o banho, a alimentação ou a troca de roupa da criança.....	72
Quadro A15 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador relata brincar com elas no tempo livre.....	72
Quadro A16 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador relata brincar com elas ao fazer tarefas domésticas.....	73
Quadro A17 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador as deixou sós por mais de uma hora na semana anterior.....	73
Quadro A18 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador as deixou sob os cuidados de uma criança com menos de 10 anos de idade por mais de uma hora na semana anterior.....	74

Quadro A19 Crianças com 0-2 anos de idade que estão a ser amamentadas.....	74
Quadro A20 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que consomem alimentos sólidos, semi-sólidos ou leves.....	75
Quadro A21 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que realizaram a diversidade alimentar.....	75
Quadro A22 Crianças não amamentadas com 6–23 meses de idade que fizeram refeições com uma frequência mínima de 4 vezes por dia no dia anterior ao inquérito.....	76
Quadro A23 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que comeram diferentes alimentos no dia e na noite antes do inquérito.....	76
Quadro A24 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que consumiram alimentos ricos em vitamina A no dia e na noite antes do inquérito.....	76
Quadro A25 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que consumiram alimentos ricos em ferro no dia e na noite antes do inquérito.....	77
Quadro A26 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que consumiram alimentos ricos em proteína no dia e na noite antes do inquérito.....	77
Quadro A27 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que consumiram alimentos açucarados no dia e na noite antes do inquérito.....	77
Quadro A28 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram diarreia nas duas semanas antes do inquérito.....	78
Quadro A29 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador procurou tratamento de qualquer fonte para a diarreia.....	78
Quadro A30 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada, por tipo de tratamento.....	79
Quadro A31 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada com SRO.....	79
Quadro A32 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada com uma mistura de água, sal e açúcar.....	80
Quadro A33 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada com água de arroz.....	80
Quadro A34 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada com um comprimido ou xarope.....	81
Quadro A35 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada com ervas.....	81
Quadro A36 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito.....	82
Quadro A37 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujos cuidadores procuraram orientação ou tratamento de qualquer fonte para a febre.....	82
Quadro A38 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito e receberam tratamento, por tipo de tratamento.....	83
Quadro A39 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito e que tomaram antimaláricos.....	83
Quadro A40 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito e que tomaram antibióticos.....	83
Quadro A41 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito e que tomaram Paracetamol, Panadol ou acetaminofenon.....	84

## ACRÓNIMOS

IC	Intervalo de Confiança
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IEI	Indicadores Essenciais do Inquérito
LI	Limiar Inferior
MAR	Monitorização, Avaliação e Relatórios
CB	Circunferência do braço
COV	Crianças órfãs e vulneráveis
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio do SIDA
LS	Limiar Superior
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF)



# SÍNTESE

## Objectivo da Avaliação

A avaliação tem três objectivos:

1. Oferecer informações de base sobre o estado da população de beneficiários do COVida para viabilizar o planeamento informado de programas.
2. Avaliar os impactos da programação do COVida em matéria de medidas chave para o bem-estar dos beneficiários no decorrer do tempo.
3. Preencher os requisitos de apresentação de relatórios do projecto.

## Contexto do projecto

O COVida é um projecto de cinco anos (2016-2021), financiado pela USAID e implementado pela FHI360 em parceria com a Palladium, World Vision, CARE, Path e N'weti. O objectivo do COVida é melhorar a saúde, o estado nutricional e o bem-estar das COV que vivem em distritos definidos pelo PEPFAR como prioritários para o controlo de epidemias. O projecto ajudará 300.000 COV e respectivos cuidadores a aceder serviços de alta qualidade, abrangentes, compassivos em todas as províncias de Moçambique.

## Delineamento da avaliação

A Palladium realizou um inquérito de agregados familiares utilizando um delineamento de amostra por agrupamento em duas etapas entre os beneficiários activos do COVida inscritos no ano 1 do projecto (2016-2017). Foram seleccionados quarenta e oito agrupamentos aleatoriamente e foram seleccionados 30 agregados familiares aleatoriamente de cada um destes agrupamentos para obter um tamanho da amostra de 1.440 agregados familiares. Foi utilizado um questionário normalizado para entrevistar os cuidadores das COV sobre os serviços recebidos e o bem-estar das crianças no agregado familiar.

## Constatações

A equipa do inquérito realizou 1.250 entrevistas com cuidadores sobre 4.491 crianças sob o seu cuidado. A taxa de resposta do inquérito foi de 86,8%. Estão apresentadas no quadro abaixo as principais constatações. Os indicadores essenciais do inquérito de MAR estão indicados com um asterisco.

Indicador	n	N	%	Intervalo de confiança de 95%	
				LI	LS
<b>Saúde</b>					
Percentagem das crianças demasiado doentes para participar em actividades diárias*	658	4481	14,3	12,5	16,1

Indicador	n	N	%	Intervalo de confiança de 95%	
				LI	LS
Percentagem das crianças cujo cuidador primário tem conhecimento do estado serológico do HIV da criança*	1526	4451	35,2	28,5	41,8
Percentagem dos cuidadores que fizeram o teste de VIH e receberam os seus resultados (auto-relato)	843	1245	68,9	62,1	75,8
<b>Nutrição</b>					
Percentagem das crianças <5 anos de idade que estão subnutridas*	28	942	3,0	1,6	4,4
<b>Desenvolvimento na primeira infância</b>					
Percentagem das crianças <5 anos de idade que recentemente participaram em actividades estimulantes com qualquer membro do agregado familiar com mais de 15 anos de idade*	801	1028	75,4	68,6	82,2
<b>Direitos</b>					
Percentagem das crianças com certidão de nascimento*	1957	4491	43,6	39,7	47,5
Percentagem dos cuidadores que conhecem, pelo menos, três direitos da criança	833	1250	67,6	61,7	73,6
Percentagem dos cuidadores que pensam que o casamento prematuro (antes dos 18 anos) deva ser proibido	1066	1234	86,3	83,7	88,9
<b>Escolaridade</b>					
Matrículas no ensino primário (6-11 anos de idade)	1602	2086	77,6	73,1	82,2
Matrículas no ensino secundário (12-17 anos de idade)	765	1079	70,1	64,9	75,2
Percentagem das crianças (5-17 anos de idade) com frequência escolar regular*	1952	3458	56,7	52,9	60,5
Percentagem das crianças que progrediram na escola no ano anterior*	1688	2326	73,6	70,4	76,8
Percentagem dos cuidadores que pensam que é mais importante que os rapazes estudem do que as raparigas	302	1226	23,4	18,6	28,2
<b>Atitudes relativas a castigar crianças</b>					
Percentagem dos cuidadores que concordam que o castigo físico severo é uma forma apropriada de disciplina ou controlo em casa ou na escola*	187	1233	15,7	10,9	20,5
<b>Bem-estar psicossocial dos cuidadores</b>					
Percentagem dos cuidadores que, de acordo com a Escada de Cantril, estão a "ter sucesso" – uma medida de avaliação de vida	43	1230	4,0	1,7	6,4
Percentagem dos cuidadores que acreditam que a vida melhorará dentro de 1 ano	500	902	55,6	45,2	66,0
<b>Bem-estar e resiliência económica dos agregados familiares</b>					
Percentagem dos agregados familiares com acesso a dinheiro para cobrir despesas familiares inesperadas*	235	538	46,3	38,2	54,3

As constatações trazem à luz as necessidades da população de beneficiários e as lacunas do programa, devendo ser interpretadas como avaliação de referência da situação. Os resultados desta primeira volta de recolha de dados servirão também como referência para acompanhar as mudanças no decorrer do tempo na próxima volta de recolha de dados, planeada para 2019.

# 1. ANTECEDENTES

## 1.1 O desafio das crianças órfãs e vulneráveis em Moçambique

Moçambique é um país em que é difícil ser uma criança. O país foi classificado na posição 181 dentre 188 países no Relatório do Desenvolvimento Humano de 2016 (PNUD, 2016), e o Índice do Fim da Infância de 2017 classificou Moçambique na posição 160 dentre 172 países, devido a uma taxa de mortalidade extremamente elevada de crianças com idade inferior a 5 anos (78,5 por 1.000 nados-vivos) e um alto nível de desnutrição (Save the Children, 2017). Das crianças com menos de cinco anos de idade, 43% estão cronicamente desnutridas (MISAU, INE, ICFI, 2011) e 64% estão anémicas (MISAU, INE, ICF, 2015). Três quartos das crianças em idade de ensino primário frequentam a escola, mas apenas um quarto frequentam o ensino secundário (MISAU, INE, ICF, 2015). Embora os nascimentos de 80% das crianças tenham sido registados, apenas 38% têm a certidão de nascimento em mãos (MISAU, INE, ICF, 2015). As raparigas jovens são susceptíveis a riscos adicionais relacionados com o casamento e a maternidade: Das raparigas com menos de 18 anos de idade, 46% têm uma criança viva ou está grávida (MISAU, INE, ICF, 2015), o que contribui para uma taxa de nascimento de 143 nascimentos por 1.000 mulheres com 15–19 anos de idade (Banco Mundial, 2014).

Moçambique enfrenta também uma crise crescente de HIV: dos homens e mulheres com 15-49 anos de idade, 13% vivem com o HIV, *o que representa um aumento* comparativamente a 11,5% em 2011 (MISAU, INE, ICF, 2015). Embora a taxa de transmissão de mãe para filho tenha diminuído, reduzindo a incidência da infecção entre crianças com 0-14 anos de idade, a prevalência do HIV entre adolescentes continua elevada. Mais de 6% das raparigas e quase 2% dos rapazes com 15-19 anos de idade vivem com o HIV (MISAU, INE, ICF, 2015).

Os efeitos de longo prazo do HIV e outras causas de mortalidade entre adultos resultaram numa crise de orfandade. Das crianças moçambicanas, 11% são órfãs de um ou ambos os pais (MISAU, INE, ICF, 2015). Calcula-se que 800.000 dos órfãos de Moçambique ficaram órfãos devido ao SIDA (Brown e Winberg, 2013).

O Governo de Moçambique implantou diversas políticas e estratégias para melhorar as vidas das crianças moçambicanas e mitigar o impacto da epidemia de HIV em crianças e agregados familiares. O Plano Nacional de Acção para a Criança II (PNAC 2013–2019), a Estratégia do Desenvolvimento Integrado da Criança em Idade Pré-Escolar (DICIPE 2012–2021), o Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA (PEN IV, 2016–2020), a Estratégia Nacional de Segurança Social Básica (ENSSB

2015–2019) e o Plano Quinquenal do Governo 2015–2019) fornecem orientação relativamente ao reforço dos serviços sociais para o melhoramento contínuo do bem-estar familiar.

Não obstante o compromisso por parte do governo, as verbas nacionais não são suficientes para atender às metas. Entre os doadores, o Governo dos EUA, por meio do PEPFAR, fornece apoio financeiro a Moçambique para ajudar a preencher esta lacuna. O Governo dos EUA conta com dois programas principais para crianças órfãs e vulneráveis, ambos administrados por meio da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID): o COVida e o Projecto Força à Comunidade e às Crianças (FCC).

Este relatório refere-se ao projecto COVida.

## **1.2 O projecto COVida**

O COVida é um projecto de cinco anos (2016-2021), financiado pela USAID e implementado pela FHI360 em parceria com a Palladium, World Vision, CARE, Path e N’weti. O objectivo do COVida é melhorar a saúde, o estado nutricional e o bem-estar das COV que vivem em distritos definidos pelo PEPFAR como prioritários para o controlo de epidemias. O projecto tem quatro objectivos principais:

- Aumentar a utilização de serviços sociais, nutricionais e de saúde de qualidade entre crianças e cuidadores no âmbito dos agregados familiares de COV alvo.
- Reduzir a vulnerabilidade económica dos agregados familiares de COV para que possam planear e atender melhor às necessidades essenciais das crianças sob o seu cuidado.
- Aumentar a capacidade dos agregados familiares e das comunidades para prestar melhores serviços de desenvolvimento na primeira infância, que promovam ambientes saudáveis, afectivos, envolventes e seguros para crianças vulneráveis com idade inferior a cinco anos.
- Aumentar a capacidade do governo distrital e das comunidades para responder e gerir casos para agregados familiares e crianças vulneráveis.

O projecto apoia cerca de 300.000 COV e cuidadores por ano para acederem a serviços abrangentes e compassivos a nível nacional. As actividades do projecto englobam o reforço das capacidades de redes de prestadores focados em comunidades para iniciar e reter clientes em cuidados relacionados com o HIV e outros, e encaminhá-los para serviços futuros; reforçar os grupos de poupança e crédito comunitário a nível de aldeia para melhorar o acesso dos agregados familiares a produtos financeiros; e prover actividades centradas em estimulação e nutrição na primeira infância.

## 2. FINALIDADE E JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO

A avaliação tem três objectivos:

1. Oferecer informações de base sobre o estado da população de beneficiários do COVida para viabilizar o planeamento informado de programas.
2. Avaliar os impactos da programação do COVida em matéria de medidas chave para o bem-estar dos beneficiários no decorrer do tempo.
3. Preencher os requisitos de apresentação de relatórios do projecto.

Globalmente, o Governo dos Estados Unidos (EUA), por meio do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio do SIDA (PEPFAR), investiu recursos consideráveis em programas para crianças órfãs e vulneráveis (COV), mas não realizou estudos sistemáticos do efeito destes programas no bem-estar das COV e agregados familiares beneficiários (Sherr & Zoll, 2011). Para preencher esta lacunas, em 2014, o PEPFAR introduziu um novo requisito global de apresentação de relatórios para monitorizar os resultados dos seus programas para COV, os Indicador(es) Essencial(is) do Inquérito (IEI) de Monitorização, Avaliação e Relatórios (MAR) para COV. O objectivo é medir e monitorizar o bem-estar da criança e do agregado familiar utilizando nove indicadores e uma metodologia normalizada em todos os projectos e países. Os nove indicadores estão apresentados na Caixa 1.

Os nove indicadores, seleccionados por líderes globais de programas e informações estratégicas para COV do PEPFAR, reflectem marcos de desenvolvimento aceites internacionalmente e as formas como os programas para COV são beneficiados e contribuem para respostas mais amplas ao HIV e à protecção da criança (MEASURE Evaluation, 2014). O PEPFAR requer que os indicadores de MAR para as COV sejam recolhidos em dois pontos, com um intervalo de dois anos, para monitorizar o progresso no decorrer do tempo.

### Caixa 1: Indicadores essenciais do inquérito de MAR do PEPFAR para programas para COV

- Percentagem das crianças cujo cuidador primário conhece o estado serológico do HIV da criança
- Percentagem das crianças com 6-59 meses que estão subnutridas
- Percentagem das crianças doentes demais para participar em actividades diárias
- Percentagem das crianças com certidão de nascimento
- Percentagem das crianças com frequência escolar regular
- Percentagem das crianças que progrediram na escola no ano anterior
- Percentagem das crianças <5 anos de idade que recentemente participaram em actividades estimulantes com qualquer membro do agregado familiar com mais de 15 anos de idade
- Percentagem dos cuidadores que concordam que o castigo físico severo é uma forma apropriada de disciplina ou controlo em casa ou na escola
- Percentagem dos agregados familiares com acesso a dinheiro para cobrir despesas familiares inesperadas

Esta é uma avaliação trienal com duas voltas de recolha de dados. A **principal pergunta da investigação**, na qual este estudo está estatisticamente baseado, é:

*Qual é o estado dos beneficiários no decorrer do tempo, no que toca a diversas medidas de bem-estar, designadamente os indicadores essenciais do inquérito de MAR do PEPFAR?*

Os dados de referência foram recolhidos em 2017 e a data final de recolha de dados está planeada para 2019. Este relatório partilha as principais constatações da primeira volta de recolha de dados.

### 3. MÉTODOS

Questionámos uma amostra de uma secção transversal de agregados familiares beneficiários activos do COVida utilizando uma amostragem por agrupamento em duas etapas. Isto será repetido na data final.

#### 3.1 Participantes e contexto

A equipa do inquérito realizou entrevistas com os cuidadores primários das crianças a residir com os agregados familiares seleccionados. Para o inquérito, foram seleccionados cuidadores do sexo feminino e masculino, de todas as idades. Fizemos perguntas aos cuidadores sobre eles próprios, os agregados familiares e as crianças sob o seu cuidado. Todas as crianças com 0-17 anos de idade anos (à data do seu último aniversário) que dormiam regularmente com o agregado familiar, foram consideradas elegíveis para o inquérito, mesmo se não estivessem presentes durante do dia do inquérito.<sup>1</sup>

Os critérios de exclusão incluíram a ausência de consentimento, intoxicação ou qualquer outro tipo de indisposição mental que as impedissem de fornecer o consentimento informado.

O inquérito de agregados familiares foi realizado em comunidades que foram seleccionadas aleatoriamente de todas as províncias em Moçambique.

#### 3.2 Tamanho da amostra e amostragem

Para detectar um aumento de 10% de mudança entre a fase inicial e a fase final utilizando um delineamento de amostragem por agrupamento, calculámos o tamanho da amostra de 1.423 agregados familiares (alfa = 0,05, bilateral, potência = 0,80, efeito do delineamento = 2; adoptamos o pressuposto de que apenas 60% dos agregados familiares teriam um filho com 0–4 de idade; e 10% sem resposta). O tamanho final da amostra foi de 1.440 agregados familiares.

Para conter os custos, utilizamos amostragem por agrupamento em duas etapas. Optámos por um delineamento de 48 agrupamentos por 30 agregados familiares/agrupamento. A base de amostragem incluiu todos os agregados familiares beneficiários “activos” do COVida, ou seja, os agregados familiares que receberam serviços do projecto ou foram recém-inscritos para recebê-los nos três meses anteriores ao inquérito. A equipa do inquérito seleccionou 48 unidades de amostra

---

<sup>1</sup> Os entrevistadores não incluíram crianças que estavam presentes no dia do inquérito, mas não eram membros regulares do agregado familiar (ou seja, as que não dormiam regularmente com o agregado familiar).



primárias (postos administrativos) baseadas em probabilidade proporcional ao tamanho da amostra, extraída de informações constantes dos registos de beneficiários do COVida em 30 de Junho de 2017. Onze agrupamentos foram seleccionados múltiplas vezes (sete agrupamentos foram seleccionados duas vezes, três agrupamentos foram seleccionados três vezes, e um agrupamento foi seleccionado quatro vezes). Em última análise, isto quer dizer que amostrámos de 32 agrupamentos diferentes (postos administrativos).

A equipa seleccionou as unidades de amostragem secundárias de listas actualizadas de beneficiários, em vez dos registos do projecto, os quais podem estar desactualizados. Para obter as novas listas nos 32 agrupamentos, os recolhedores de dados entrevistaram todos os trabalhadores actuais de casos para obter informações precisas sobre todos os agregados familiares activos. Também foram consultados os registos do projecto. Relacionámos 17.279 agregados familiares beneficiários em 32 agrupamentos. A partir destas listas, seleccionámos aleatoriamente agregados familiares em cada agrupamento (30 agregados familiares em 21 agrupamentos, 60 agregados familiares em 7 agrupamentos, 90 agregados familiares em 3 agrupamentos e 120 agregados familiares em 1 agrupamento) utilizando uma amostragem aleatória sistemática.

### **3.3 Medidas de resultado**

#### 3.3.1 Indicadores essenciais do inquérito de MAR

- % dos agregados familiares com acesso a dinheiro para cobrir despesas inesperadas
- % que concordam que o castigo físico severo é uma forma apropriada de disciplina ou controlo em casa ou na escola
- % das crianças com 6-59 meses que estão subnutridas
- % das crianças com 0-4 anos de idade que recentemente participaram em actividades estimulantes com qualquer membro do agregado familiar com mais de 15 anos de idade
- % das crianças cujo cuidador primário conhece o estado serológico do HIV da criança
- % das crianças doentes demais para participar em actividades diárias
- % das crianças com certidão de nascimento
- % das crianças com 5-17 anos de idade com frequência escolar regular
- % das crianças com 5-17 anos de idade que progrediram na escola no ano anterior

#### 3.3.2 Outras medidas de resultado a nível de cuidador

- % dos agregados familiares que sofreram um grande choque económico nos últimos 12 meses

- % dos cuidadores que pensam que é importante que raparigas/rapazes concluíam o ensino primário
- % dos cuidadores que pensam que é importante que raparigas/rapazes concluíam o ensino secundário
- % dos cuidadores que pensam que é mais importante que os rapazes concluíam o ensino primário/secundário do que as raparigas
- % dos cuidadores que pensam que o casamento prematuro (antes dos 18 anos de idade) deva ser proibido
- % dos cuidadores que sabem a idade na qual uma criança pode ver e ouvir
- % dos cuidadores que conseguem mencionar pelo menos duas formas de prevenir a desnutrição
- % dos cuidadores que conseguem relacionar pelo menos três direitos da criança
- % dos cuidadores que mencionam uma reacção violenta a diferentes cenários: a criança despeja água, a criança não ajuda com uma tarefa, a criança bate em outra criança
- % dos cuidadores que se sentem esperançosos sobre o seu futuro
- % dos cuidadores que avaliam a vida positivamente
- % dos cuidadores que nunca fizeram o teste de HIV nos últimos 12 meses
- % dos cuidadores que mencionam terem recebido vários serviços do COVida

### 3.3.3. Outros indicadores a nível da criança

- % das crianças com 3-4 anos de idade que estão a frequentar um programa educativo organizado ou de primeira infância, tais como numa instalação privada ou governamental, incluindo jardim de infância ou creches comunitárias
- % das crianças que foram expostas a várias formas de disciplina no mês anterior, de acordo com o cuidador
- % das crianças que mencionam terem recebido vários serviços do COVida

Também recolhemos indicadores adicionais entre crianças com 0-4 anos de idade, os quais estão incluídos no Apêndice 1.

## 3.4 Recolha de dados

A equipa do inquérito realizou entrevistas com os cuidadores utilizando um questionário das ferramentas de inquérito de COV da MEASURE Evaluation

(<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-14-90>), adaptado para incluir

todos os resultados de interesse. O questionário incluiu perguntas sobre o cuidador e as crianças com 0-17 anos de idade no agregado familiar (dirigidas ao cuidador).

A recolha de dados foi realizada por uma equipa capacitada com dois coordenadores de campo, sete supervisores de campo e 45 entrevistadores divididos entre sete equipas de campo que trabalharam simultaneamente (três na região Sul, três na região Central e duas na região Norte). A equipa de recolha de dados foi liderada por um gerente de campo que estava presente durante todo o processo de recolha de dados em campo. A recolha de dados foi realizada de 31 de Agosto a 1 de Outubro de 2017.

A nível de agrupamento, a equipa de recolha de dados trabalhou com os parceiros de implementação locais do COVida para relacionar, amostrar aleatoriamente e localizar os agregados familiares seleccionados com base nas informações da lista de agregados familiares dos parceiros de implementação, por ex., aldeia, nome do activista designado pelo parceiro local para prestar apoio ao agregado familiar, nome do cuidador e telefones. Na maioria dos casos, o activista ou outro membro da organização do parceiro de implementação local acompanhou a equipa de recolha de dados na visita ao agregado familiar e fez as apresentações. Em seguida, esta pessoa ia embora antes do início da entrevista.

Os entrevistadores de campo pediam o consentimento informado do cuidador. Solicitou-se o consentimento dos cuidadores adultos (com pelo menos 18 anos de idade) para a sua própria participação e a participação das crianças no agregado familiar com 6-59 meses de idade (para a avaliação da circunferência do braço [CB]). Os cuidadores com pelo menos 16 anos de idade e casados (e, portanto, por definição, “emancipados” segundo as leis moçambicanas) foram considerados adultos para os fins deste estudo e capazes de dar o consentimento informado para a sua participação e a participação dos seus filhos. Os cuidadores solteiros menores de 18 anos de idade e os cuidadores menores de 16 anos de idade foram excluídos do estudo. O consentimento para a participação foi documentado por escrito.

Os entrevistadores de campo registaram as respostas electronicamente em tablets Android protegidos com palavra-passe e pré-programados com o questionário utilizando Kobo Toolbox. A ferramenta de registo de dados electrónicos continha o mesmo questionário impresso, apresentando uma pergunta de cada vez na tela. A ferramenta incluía instruções para orientar os entrevistadores e facilitar o fluxo da entrevista. A lógica relativa a perguntas saltadas foi integrada à ferramenta, com o accionamento de mensagens de erro e avisos quando dados incorrectos eram introduzidos para alertar os entrevistadores para corrigirem os problemas. Os cuidadores foram entrevistados num local privado e acusticamente isolado, incluindo crianças e outros familiares. As

medidas de CB em crianças com 6-59 meses de idade foram obtidas na presença do cuidador. Fizeram-se um mínimo de três tentativas em dois dias diferentes para fazer as entrevistas com os cuidadores temporariamente ausentes do agregado familiar no momento da visita do entrevistador de campo.

A equipa de campo reunia-se ao fim de cada dia de trabalho para examinar as experiências do dia e planear o dia seguinte. Os supervisores de campo examinavam os dados recolhidos diariamente. Uma vez considerado concluído o questionário, transmitiam os dados utilizando uma ligação de Internet móvel para a base de dados no servidor baseado na nuvem.

O gestor de dados realizava verificações diárias de acordo com um roteiro pré-elaborado de limpeza de dados no Stata 14, que incluía verificações de estrutura, singularidade e uniformidade externa dos principais identificadores; dados completos; dados aceitáveis; e dados inesperados. Em seguida, gerava-se um relatório de inconsistências da base de dados, que era distribuído à equipa de campo a cada dois dias. As equipas de campo empreendiam acções/correções imediatas (por ex., a repetição da entrevista, a repetição da visita aos agregados familiares para obter confirmação, etc.) para assegurar a recolha de dados de alta qualidade.

### **3.5 Processamento e análise de dados**

Após a conclusão da recolha de dados, foram realizadas verificações adicionais de todo o ficheiro de dados. Como resultado da limpeza dos dados em tempo real, à medida que os dados eram recolhidos, as alterações necessárias foram mínimas. Uma vez realizadas todas as verificações, uma versão limpa dos dados foi guardada para análise. Os ficheiros analíticos incluíram dicionários de dados com rótulos variáveis, rótulos de valor e outras especificações padrão. Também foram gerados relatórios detalhados de metadados utilizando o software Nesstar. A perda de dados foi mínima; portanto, não foi realizada nenhuma imputação de dados.

Embora tenhamos delineado a nossa estratégia de amostragem para que fosse auto-ponderante, utilizando uma probabilidade proporcional ao tamanho da amostra para seleccionar agrupamentos e, em seguida, seleccionar aleatoriamente um número fixo de agregados familiares em cada agrupamento, aplicámos os pesos do inquérito na análise. Este procedimento foi necessário em decorrência de diferenças no número de agregados familiares nos agrupamentos seleccionados que esperávamos com base nos registos do projecto e nas listas de agregados familiares elaboradas durante a recolha de dados. Para calcular os pesos finais da amostragem, considerámos pesos tanto para a probabilidade de selecção como a probabilidade de falta de resposta.

A equipa realizou a análise dos dados utilizando SPSS 23 e validou utilizando SAS 9.4. Derivámos os indicadores essenciais do inquérito de MAR, como especificado no documento de orientação da MEASURE Evaluation, “Collecting PEPFAR Essential Survey Indicators: A Supplement to the OVC Survey Tools” (MEASURE Evaluation, 2014). Para estes e todos os demais indicadores, calculámos as estimativas dos indicadores e os intervalos de confiança (95%) das estimativas dos indicadores incorporando o delineamento da amostra.

Para realizar as comparações estatísticas entre variáveis categóricas produzindo tabelas dois por dois, tais como sexo e localização, foram utilizadas um qui-quadrado de Wald. Para testes com variáveis categóricas com mais de dois níveis (tais como faixas etárias), foi utilizado um teste F de Wald ajustado. Estes testes de independência das variáveis de linha e coluna com base nas diferenças entre as frequências das células observadas (ponderadas) e as frequências esperadas, considerando a complexa concepção do inquérito. Não houve cuidadores do sexo masculino <18 anos de idade, impossibilitou a realização de comparações estatísticas entre as faixas etárias de todos os cuidadores, pois uma célula tinha o valor zero. Portanto, para acomodar comparações entre as faixas etárias dos cuidadores, a categoria <18 foi excluída das comparações estatísticas (embora as percentagens estejam apresentadas nas tabelas). Em outros casos com problemas de células com tamanho zero, as categorias foram logicamente combinadas para acomodar comparações.

### **3.6 Avaliação de ética e conformidade**

A aprovação do Conselho de Revisão Institucional (IRB) foi obtida junto ao Comité Nacional de Bioética para a Saúde em Moçambique e ao Health Media Lab IRB nos Estados Unidos. Todas as actividades do estudo atenderam rigorosamente às directrizes de ética em pesquisa dos Estados Unidos e a nível internacional, incluindo a 45CFR46 e a CIOMS.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Taxas de resposta

Foram relacionados 17.279 agregados familiares beneficiários do projecto junto aos parceiros de implementação locais do COVida nos 32 agrupamentos do inquérito. Com base nesta lista, uma amostra de 1.440 agregados familiares foi seleccionada aleatoriamente para participar em um estudo básico, dos quais conseguimos entrevistar 1.250 agregados familiares (86,8% da amostra). Não foi possível entrevistar 190 agregados familiares (13,2% da amostra). Os principais motivos da falta de resposta foram a ausência prolongada do cuidador (93 agregados familiares) ou a incapacidade do parceiro de implementação para localizar o agregado familiar (88 agregados familiares). Cinco cuidadores entrevistados dos agregados familiares beneficiários do COVida já não tinham mais nenhuma criança sob o seu cuidado à data da entrevista, sendo considerados inelegíveis para o inquérito (0,3% da amostra). Apenas quatro cuidadores se recusaram a participar no inquérito (0,3% da amostra). Estas informações e detalhes adicionais estão apresentados nos Quadros 1 e 2.

**Quadro 1 Taxas de resposta dos agregados familiares**

<b>Categoria</b>	<b>Número</b>
1. Agregados familiares servidos pelo programa COVida (com base na lista do projecto)	17.279
2. Agregados familiares da amostra do inquérito (seleccionados para entrevista com base na lista do projecto)	1.440
3. Agregados familiares (ou cuidadores) da amostra desconhecidos ao parceiro de implementação local, com um activista atribuído ou guia local	88
4. Agregados familiares da amostra que não tinham uma criança sob o seu cuidado à data da entrevista	5
5. Cuidadores dos agregados familiares da amostra com ausência temporária prolongada relatada	93
6. Cuidadores que recusaram a entrevista	4
<b>7. Número total de agregados familiares da amostra não entrevistados (falta de resposta do agregado familiar)</b>	190
<b>Taxa de resposta dos agregados familiares do inquérito</b>	<b>86,8% (1.250/1.440)</b>

## Quadro 2 Componentes preenchidos do questionário e outras informações da amostra

Informações da amostra	Número
Número de componentes referentes a "Cuidador" preenchidos	1.250
Número de componentes referentes a "Criança com 0-4 anos de idade" preenchidos	1.033
Número de componentes referentes a "Criança com 5-17 anos de idade" preenchidos	3.458
Número total de componentes referentes a criança preenchidos	4.491
Número de crianças elegíveis no agregado familiar (relacionadas pelo cuidador)	4.491
<b>Percentagem dos componentes referentes a criança preenchidos entre as crianças elegíveis no agregado familiar</b>	<b>100%</b>
Número médio de componentes referentes a criança preenchidos por agregado familiar	3,6

## 4.2 Características dos agregados familiares e resultados

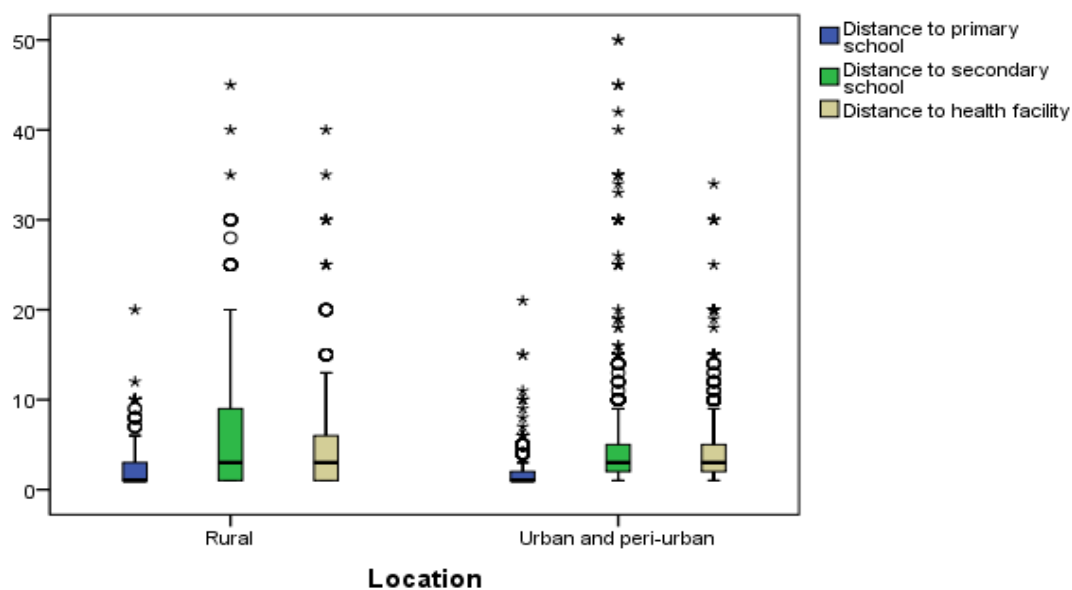
### 4.2.1 Localização

As localizações dos agregados familiares entrevistados estavam quase uniformemente distribuídas entre as zonas rurais e urbanas. Cerca de 52,4% dos agregados familiares entrevistados estavam em zonas urbanas ou peri-urbanas, e os 47,6% restantes eram rurais.

### 4.2.2 Proximidade dos agregados familiares aos serviços

Perguntou-se aos cuidadores sobre as distâncias aproximadas, em quilómetros, entre as suas casas e os serviços básicos (ensino primário, ensino secundário e unidade sanitária). Os dados mostram uma tendência elevada para três serviços: Ver a Figura 1.

**Figura 1 Diagramas de caixa da distribuição de distâncias entre agregados familiares e serviços**



As estatísticas descritivas estão apresentadas no Quadro 3.

**Quadro 3 Distância entre os agregados familiares (quilómetros) e os serviços básicos**

	Rurais			Urbanas e peri-urbanas			Todas		
	Média	Mediana	Faixa	Média	Mediana	Faixa	Média	Mediana	Faixa
Até ao ensino primário	2,2	1,0	1,0-2,0	1,8	1,0	1,0-21,0	2,0	1,0	1,0-21,0
Até ao ensino secundário	6,8	4,0	1,0-50,0	4,6	3,0	1,0-50,0	5,9	3,0	1,0-50,0
Até à unidade sanitária	5,3	3,0	1,0-40,0	3,6	3,0	1,0-34,0	4,6	3,0	1,0-40,0

A distância mediana entre os agregados familiares entrevistados e o ensino primário local era de 1 quilómetro. A distância mediana até ao ensino secundário local era de 3 quilómetros, e a distância mediana até à unidade sanitária era de 3 quilómetros.

#### 4.2.3 Ocorrência de choques nos agregados familiares

Perguntou-se aos cuidadores se os seus agregados familiares haviam enfrentado vários tipos de choque económico nos 12 meses antes do inquérito. Os resultados estão apresentados no Quadro 4.



**Quadro 4 Relatos dos cuidadores sobre choques económicos nos 12 meses antes do inquérito**

Tipo de choque	Rurais					Urbanas e peri-urbanas					Todas				
	n	N	%	LI	LS	n	N	%	LI	LS	n	N	%	LI	LS
Baixo rendimento de culturas devido a seca, cheias, pragas e doenças nas culturas	263	496	<b>52,2</b>	37,8	66,6	300	746	<b>37,2</b>	22,2	52,1	563	1242	<b>44,3</b>	34,2	54,4
Insucesso em negócios	160	488	<b>31,5</b>	20,4	42,5	245	737	<b>33,5</b>	27,3	39,8	405	1225	<b>32,6</b>	26,8	38,4
Perda de gado ou aves devido a epidemias ou pestes	137	494	<b>26,1</b>	14,7	37,5	115	739	<b>14,5</b>	7,0	22,0	252	1233	<b>20,0</b>	13,4	26,6
Queda significativa no preço de vendas de culturas, de gado ou de aves	128	486	<b>24,5</b>	16,8	32,2	173	737	<b>22,4</b>	16,6	28,2	301	1223	<b>23,4</b>	18,9	27,8
Aumento significativo nos preços de alimentos	404	485	<b>82,4</b>	77,0	87,9	573	748	<b>77,1</b>	70,8	83,5	977	1233	<b>79,6</b>	75,3	83,9
Perda de salário (um membro do agregado familiar perdeu a vida, perdeu emprego, esteve demasiado doente para trabalhar, não foi pago conforme esperado)	107	494	<b>21,4</b>	14,4	28,5	160	741	<b>20,9</b>	16,8	25,0	267	1235	<b>21,1</b>	17,4	24,9
Cobrir as despesas de um funeral	119	493	<b>23,1</b>	16,2	30,0	208	749	<b>27,2</b>	22,2	32,2	327	1242	<b>25,3</b>	21,3	29,3
Roubo	85	497	<b>15,5</b>	12,1	18,8	169	751	<b>22,4</b>	19,1	25,7	254	1248	<b>19,1</b>	16,2	22,0
Danos à casa	184	498	<b>35,8</b>	27,8	43,7	289	752	<b>37,6</b>	30,5	44,6	473	1250	<b>36,7</b>	31,7	41,7
Fim de apoio ou remessas de fora	47	477	<b>11,1</b>	6,5	15,8	83	735	<b>11,1</b>	6,4	15,8	130	1212	<b>11,1</b>	8,0	14,2
<b>Sofreu algum choque económico</b>	473	498	<b>94,6</b>	92,9	96,3	697	752	<b>93,2</b>	90,3	96,1	1170	1250	<b>93,9</b>	92,2	95,6
<b>Sofreu 2 ou mais choques</b>	405	498	<b>81,3</b>	74,4	88,2	562	752	<b>73,8</b>	68,1	79,6	967	1250	<b>77,4</b>	72,8	81,9

Relatos de choques económicos foram comuns entre os agregados familiares entrevistados. Quase todos os cuidadores (93,9%) relataram a ocorrência de pelo menos um choque económico nos 12 meses anteriores, e mais de três quartos (77,4 %) relataram que haviam sofrido mais do que dois choques económicos nos 12 meses antes do inquérito. O nível de exposição a pelo menos um choque económico não apresentou grande variação entre localização rural ou urbana—94,6% dos agregados familiares rurais v. 93,2% dos agregados familiares urbanos passaram por pelo menos um choque económico. Contudo, a probabilidade de ocorrência de dois ou mais choques (81,3%) nos agregados familiares rurais foi maior em comparação com os agregados familiares urbanos (73,8%) ( $p=0,0923$ ). O choque económico relatado com mais frequência foi um aumento dos preços dos alimentos (79,6%), seguido de redução da produção agrícola (44,5%). Um quarto (25,3%) de todos os agregados familiares tiveram uma morte no agregado familiar em algum momento nos 12 meses antes do inquérito.

#### 4.2.4 Participação

##### **Serviços recebidos do COVida**

Perguntou-se aos cuidadores sobre os serviços recebidos do parceiro de implementação local do COVida nas suas comunidades. Também lhes foi perguntado se haviam recebido os serviços nos 30 dias antes do inquérito. Os resultados estão apresentados no Quadro 5.

**Quadro 5 Relatos dos cuidadores sobre a sua participação no projecto de COV ou o recebimento de serviços do COVida**

	Rurais					Urbanas e peri-urbanas					Todas				
	n	N	%	LI	LS	n	N	%	LI	LS	n	N	%	LI	LS
Já recebeu uma visita domiciliar	430	495	<b>87,8</b>	82,3	93,3	610	749	<b>83,5</b>	78,2	88,8	1040	1244	<b>85,5</b>	81,8	89,3
Recebeu uma visita domiciliar nos 30 dias anteriores	321	423	<b>74,1</b>	63,7	84,4	491	610	<b>81,3</b>	75,7	86,9	812	1033	<b>77,8</b>	72,3	83,3
Já recebeu apoio para obter um certificado de pobreza	36	478	<b>6,3</b>	3,2	9,4	31	751	<b>4,5</b>	2,7	6,3	67	1229	<b>5,3</b>	3,7	7,0
Já recebeu orientação parental	172	492	<b>36,5</b>	25,3	47,7	273	749	<b>36,8</b>	28,3	45,2	445	1241	<b>36,6</b>	30,2	43,1
Como prevenir doenças	137	172	<b>83,2</b>	75,1	91,3	224	273	<b>81,1</b>	74,1	88,0	361	445	<b>82,1</b>	77,0	87,2
Quando levar uma criança à unidade sanitária	72	172	<b>42,4</b>	33,7	51,0	138	273	<b>51,1</b>	42,7	59,5	210	445	<b>47,0</b>	40,8	53,2
Como verificar o desenvolvimento de uma criança	37	172	<b>24,7</b>	14,7	34,7	100	273	<b>37,4</b>	26,8	48,0	137	445	<b>31,4</b>	24,3	38,5
Como prevenir acidentes	13	172	<b>7,5</b>	2,7	12,2	48	273	<b>18,6</b>	13,0	24,1	61	445	<b>13,3</b>	9,2	17,5
Como brincar com uma criança	45	172	<b>26,5</b>	17,8	35,2	75	273	<b>27,1</b>	19,4	34,8	120	445	<b>26,8</b>	21,4	32,3
Como disciplinar uma criança	54	172	<b>36,7</b>	11,0	62,4	110	273	<b>40,4</b>	30,6	50,4	164	445	<b>38,7</b>	26,5	51,0
Como ajudar uma criança que está triste	20	172	<b>13,1</b>	7,4	18,8	42	273	<b>13,9</b>	7,9	20,0	62	445	<b>13,5</b>	9,6	17,4
Outros	18	172	<b>10,0</b>	3,0	17,0	26	273	<b>9,4</b>	4,3	14,4	44	445	<b>9,7</b>	5,7	13,7
Já recebeu orientação nutricional	216	491	<b>47,3</b>	34,2	60,4	277	750	<b>36,9</b>	31,6	42,2	493	1241	<b>41,8</b>	35,1	48,6

	Rurais					Urbanas e peri-urbanas					Todas				
	n	N	%	LI	LS	n	N	%	LI	LS	n	N	%	LI	LS
Já participou num diálogo comunitário	79	493	<b>18,0</b>	10,2	25,8	130	751	<b>17,8</b>	13,2	22,4	209	1244	<b>17,9</b>	13,8	22,0
Prevenção do HIV	38	79	<b>46,1</b>	38,3	53,8	65	130	<b>50,1</b>	39,4	60,8	103	209	<b>48,2</b>	41,8	54,6
Cuidado e tratamento do HIV	26	79	<b>31,3</b>	22,3	40,3	50	130	<b>37,9</b>	29,9	49,0	76	209	<b>34,8</b>	27,7	41,8
Alimentos e nutrição	32	79	<b>45,3</b>	26,6	64,1	49	130	<b>37,4</b>	25,8	49,1	81	209	<b>41,2</b>	30,9	51,4
Género e violência baseada no género	11	79	<b>15,4</b>	3,1	27,7	27	130	<b>19,0</b>	10,1	27,9	38	209	<b>17,3</b>	10,3	24,3
Direitos da criança	14	79	<b>22,0</b>	12,8	31,2	31	130	<b>23,1</b>	11,0	35,3	45	209	<b>22,6</b>	15,3	29,9
Casamento prematuro	10	79	<b>16,6</b>	6,2	27,0	38	130	<b>29,1</b>	17,6	40,6	48	209	<b>23,1</b>	15,5	30,8
Registo de nascimento	10	79	<b>13,0</b>	6,2	19,7	37	130	<b>27,4</b>	16,6	38,2	47	209	<b>20,5</b>	14,1	27,0
Parentalidade	12	79	<b>19,1</b>	6,6	31,5	29	130	<b>23,0</b>	8,5	37,5	41	209	<b>21,2</b>	12,1	30,2
Retenção e progressão escolar	10	79	<b>18,7</b>	0,0	39,0	17	130	<b>12,8</b>	5,5	20,0	27	209	<b>15,6</b>	5,7	25,5
Outros	18	79	<b>20,3</b>	4,5	36,0	18	130	<b>14,0</b>	7,4	20,6	36	209	<b>17,0</b>	9,2	24,8
Já foi encaminhado a uma unidade sanitária	150	496	<b>31,0</b>	23,3	38,6	149	751	<b>21,5</b>	13,9	29,0	299	1247	<b>26,0</b>	20,5	31,4
Teste de HIV	113	150	<b>72,0</b>	61,5	82,5	89	149	<b>63,9</b>	50,4	77,3	202	299	<b>68,5</b>	60,8	76,2
Cuidado e tratamento do HIV	39	150	<b>30,0</b>	14,8	45,2	19	149	<b>12,1</b>	5,4	18,8	58	299	<b>22,2</b>	12,4	32,1
Apoio após sofrer violência baseada no género	1	150	<b>0,5</b>	0,0	1,6	7	149	<b>4,1</b>	0,0	8,2	8	299	<b>2,0</b>	0,1	4,0
Outros	22	150	<b>15,1</b>	1,0	29,1	48	149	<b>28,2</b>	11,9	44,5	70	299	<b>20,8</b>	10,6	31,0

As visitas domiciliares foram o serviço recebido com mais frequência (85,5%), com mais de três quartos (77,8%) dos cuidadores relatando que receberam uma visita domiciliar nos 30 dias antes do inquérito. Cerca de 40% dos participantes relataram que receberam orientação nutricional (41,8%) e/ou orientação parental (36,6%). Um quarto dos cuidadores relataram que foram encaminhados a um serviço de saúde (dentre os que relataram serviços, 68,5% relataram serviços de teste de HIV e 22,2% de cuidado e tratamento do HIV). Menos de um quinto (17,9%) relataram que participaram num diálogo comunitário, e apenas 5,3% relataram que receberam apoio para obter um certificado de pobreza. Detectamos algumas diferenças no recebimento de alguns serviços por localização do agregado familiar; contudo, estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Perguntou-se aos cuidadores sobre os serviços recebidos pelas crianças sob o seu cuidado, incluindo encaminhamentos a serviços de saúde, apoio para obter uma certidão de nascimento, encaminhamentos à pré-escola, apoio educacional e medidas de CB realizadas. Os dados estão apresentados no Quadro 6.

**Quadro 6 Serviços recebidos pelas crianças**

Actividade	Todas as crianças									
	n	N	%	IC 95%						
				LI	LS					
Encaminhamento a um serviço de saúde	637	4465	<b>14,5</b>	10,1	89,9					
Apoio para receber uma certidão de nascimento	342	4476	<b>7,1</b>	4,9	9,3					
Encaminhamento à pré-escola	13	492	<b>3,5</b>	0,9	6,1					
Apoio educacional	122	3454	<b>3,7</b>	2,1	5,4					
Medida de CB	354	962	<b>38,6</b>	30,3	46,9					
Actividade	Raparigas					Rapazes				
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
Encaminhamento a um serviço de saúde	338	2213	<b>15,8</b>	11,0	20,6	299	2252	<b>13,1</b>	9,0	17,3
Apoio para receber uma certidão de nascimento	158	2218	<b>6,3</b>	4,2	8,4	184	2258	<b>7,8</b>	5,2	10,4
Encaminhamento à pré-escola	8	267	<b>3,6</b>	0,9	6,3	5	225	<b>3,4</b>	0,0	6,7
Apoio educacional	58	1712	<b>3,7</b>	2,1	5,2	64	1742	<b>3,8</b>	1,5	6,0
Medida de CB	170	475	<b>37,5</b>	27,2	47,8	184	487	<b>39,8</b>	32,6	46,9

A medida de CB (38,6%) foi o serviço relatado com mais frequência pelas crianças, seguido do encaminhamento a um serviço de saúde (14,5%) e apoio para obter uma certidão de nascimento (7,1%). Apoio educacional e encaminhamentos à pré-escola foram os serviços recebidos com menos frequência, de acordo com os relatos. A probabilidade de os cuidadores relatarem um encaminhamento a um serviço de saúde foi ligeiramente maior no caso de uma criança do sexo feminino em comparação com uma criança do sexo masculino (raparigas 15,8% v. rapazes 13,1%,  $p=0,0113$ ). Não detectámos nenhuma outra diferença por sexo entre outros serviços (apoio para obter uma certidão de nascimento:  $p=0,0865$ , encaminhamento à pré-escola:  $p=0,8580$ , apoio educacional:  $p=0,9353$ , medida de CB:  $p=0,4717$ ).

### **Participação em outros serviços**

Perguntou-se aos cuidadores se eles ou outro membro do agregado familiar em algum momento participaram num grupo de poupança comunitário e se o seu agregado familiar já havia recebido/recebe transferências de renda do Governo de Moçambique. Os resultados estão apresentados no Quadro 7.

**Quadro 7 Relatos dos cuidadores sobre a participação dos seus agregados familiares ou o recebimento de outros serviços**

Participação ou recebimento de serviços	Rurais					Urbanas e peri-urbanas					Todas				
	n	N	%	LI	LS	n	N	%	LI	LS	n	N	%	LI	LS
Qualquer membro do agregado familiar já participou num grupo de poupança comunitário	70	497	<b>14,0</b>	11,2	16,8	112	749	<b>15,6</b>	10,2	20,9	182	1246	<b>14,8</b>	11,9	17,7
Qualquer membro do agregado familiar actualmente participa num grupo de poupança comunitário	58	497	<b>11,4</b>	8,6	14,2	82	749	<b>11,5</b>	7,7	15,2	140	1246	<b>11,4</b>	9,2	13,7
O agregado familiar em algum momento recebeu transferências de renda (dinheiro do governo)	30	495	<b>6,3</b>	3,5	9,1	33	752	<b>4,9</b>	2,9	6,9	63	1247	<b>5,6</b>	3,9	7,2
O agregado familiar recebeu transferências de renda (dinheiro do governo) nos 12 meses antes do inquérito	17	495	<b>3,7</b>	1,6	5,8	23	751	<b>3,2</b>	1,9	4,6	40	1246	<b>3,4</b>	2,3	4,6

Apenas 14,8% dos cuidadores relataram que eles ou um membro do agregado familiar em algum momento participou num grupo de poupança comunitário; apenas 11,4% estavam actualmente a participar num grupo de poupança comunitário. Não detectámos nenhuma diferença por localização (em algum momento:  $p=0,5772$ ; actualmente:  $p=0,9765$ ).

Apenas 5,6% dos cuidadores relataram ter recebido uma transferência de renda (3,4% nos 12 meses anteriores), sem diferenças por localização (em algum momento:  $p=0,3957$ , 12 meses anteriores:  $p=0,7054$ ).

#### 4.2.5 Bem-estar e resiliência económica dos agregados familiares

##### *Percentagem dos agregados familiares com acesso a dinheiro para cobrir despesas familiares inesperadas (IEI de MAR HW.2)*

Perguntou-se aos cuidadores se os seus agregados familiares haviam incorrido em quaisquer despesas inesperadas nos 12 meses antes do inquérito. Pouco menos da metade (44,5%) respondeu afirmativamente. Em seguida, perguntou-se a estes cuidadores se tinham acesso a dinheiro para cobrir essa despesa. Estes últimos resultados estão apresentados no Quadro 8.

**Quadro 8 Agregados familiares com acesso a dinheiro para cobrir despesas familiares inesperadas**

Sexo do cuidador	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Feminino	210	481	<b>46,7</b>	37,9	55,6
Masculino	25	57	<b>42,1</b>	26,6	57,5
Localização do agregado familiar	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Rural	122	238	<b>54,3</b>	42,4	66,1
Urbana ou peri-urbana	113	300	<b>37,9</b>	29,6	46,2
<b>Todas</b>	<b>235</b>	<b>538</b>	<b>46,3</b>	<b>38,2</b>	<b>54,3</b>

Dos cuidadores que relataram que o agregado familiar havia incorrido numa despesa familiar inesperada nos 12 meses anteriores, tais como uma reparação da casa ou um tratamento médico urgente, cerca da metade (46,3%) relataram que os seus agregados familiares conseguiram pagar pelas despesas inesperadas. A probabilidade de os cuidadores das zonas rurais relatarem que os seus agregados familiares conseguiram pagar pelas despesas inesperadas foi maior em comparação com os seus pares urbanos (54,3% dos agregados familiares rurais v. 37,9% dos agregados familiares urbanos,  $p=0,0299$ ). Não detectámos nenhuma diferença por sexo ( $p=0,6118$ ).



### 4.3 Características dos cuidadores e resultados

#### 4.3.1 Antecedentes dos participantes

A distribuição dos cuidadores que participaram no inquérito, por idade e sexo, está apresentada no Quadro 9.

**Quadro 9 Cuidadores entrevistados por idade e sexo**

Faixa etária do cuidador	Mulher		Homem		Todos os cuidadores		% de mulheres
	n	%	n	%	N	%	
<18 anos	5	0,5	0	-	5	0,4	100,0
18-30 anos	258	22,7	36	21,0	294	22,5	89,1
31-50 anos	577	53,5	65	42,1	642	52,2	90,6
51+ anos	251	23,3	58	36,9	309	24,9	82,8
<b>Todas as idades</b>	<b>1091</b>	<b>100,0</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	<b>1250</b>	<b>100,0</b>	<b>88,4</b>

A maioria dos 1.250 cuidadores entrevistados foram mulheres (88,4%), e cerca da metade (52,2%) tinham entre 31 e 50 anos de idade. A idade média dos cuidadores do sexo feminino era inferior à dos cuidadores do sexo masculino (45,7 anos para os cuidadores do sexo masculino v. 41,3 anos para os cuidadores do sexo feminino). O grau escolar e o estado civil dos participantes estão apresentados no Quadro 10.

**Quadro 10 Características dos cuidadores entrevistados**

Característica	Mulheres (N=1091)		Homens (N=159)		Todos (N=1250)	
	n	%	n	%	n	%
Escolaridade						
Sem estudo	376	34,5	32	18,8	408	32,7
O grau mais elevado alcançado foi o ensino primário	582	52,7	95	57,7	677	53,3
O grau mais elevado alcançado foi o ensino secundário	133	12,7	32	23,4	165	14,0
Fez curso superior	0	-	0	-	0	-
Estado civil						
Casado ou viver maritalmente (união de facto)	410	38,4	116	72,4	526	42,4
Nunca foi casado	104	9,5	10	5,8	114	9,1
Divorciado	126	11,2	6	3,0	132	10,3
Viúvo	449	40,9	27	18,8	476	38,3

Um terço (32,7%) dos cuidadores nunca estudaram. Pouco mais da metade de todos os participantes tiveram algum ensino primário (53,3%) e 14% tiveram algum ensino secundário. A frequência escolar foi significativamente maior entre os cuidadores do sexo masculino do que do sexo feminino. A maioria dos cuidadores era casada ou vivia maritalmente (42,4%) ou era viúva (38,3%). O perfil conjugal é significativamente diferente entre homens e mulheres. Em geral, uma minoria dos

cuidadores nunca foi casada (9,1%). Em forte contraste, mais cuidadores do sexo masculino actualmente estavam casados (72,4%) do que os cuidadores do sexo feminino (39,4%), e menos homens são viúvos (18,8%) do que mulheres (40,9%). O número médio de crianças sob o cuidado dos cuidadores entrevistados foi de 3,6 (mediano=2,9), com uma faixa de 1-15. Não houve diferenças por sexo do cuidador ou localização do agregado familiar.

#### 4.3.2 Teste de HIV

Perguntou-se aos cuidadores se já haviam feito o teste de HIV e, em caso afirmativo, se o teste havia ocorrido nos 12 meses antes do inquérito e se haviam recebido os resultados do seu (último) teste de HIV. Os dados estão apresentados no Quadro 11.

**Quadro 10 Cuidadores que fizeram o teste de HIV (auto-relato)**

	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Em algum momento	907	1.245	<b>73,8</b>	67,6	80,1
Nos 12 meses anteriores	729	907	<b>81,2</b>	77,4	85,0
Recebeu os resultados do último teste	843	903	<b>93,8</b>	91,5	96,1

Cerca de três quartos (73,8%) dos cuidadores relataram que haviam feito o teste de HIV e, destes, quatro de cada cinco (81,2%) relataram que o teste havia sido feito nos 12 meses antes do inquérito (60,0% de todos os cuidadores entrevistados). Mais de 90% (93,8%) daqueles que em algum momento fizeram o teste relataram que haviam recebido os resultados do seu teste. O Quadro 12 apresenta a percentagem dos cuidadores que foram testados e receberam os resultados por características dos cuidadores.

**Quadro 11 Cuidadores que fizeram o teste de HIV e receberam os resultados do seu último teste (auto-relato)**

Sexo do cuidador	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Cuidadores do sexo feminino	757	1087	<b>70,6</b>	64,4	76,8
Cuidadores do sexo masculino	86	158	<b>56,2</b>	43,4	68,9
Faixa etária do cuidador	n	N	%	IC 95%	
<18 anos	4	5	<b>74,7</b>	-	-
18-30 anos	226	293	<b>79,2</b>	72,0	86,5
31-50 anos	456	641	<b>72,2</b>	64,6	79,8
51+ anos	157	306	<b>52,6</b>	43,0	62,1

Localização do agregado familiar	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Rural	373	497	<b>75,8</b>	66,6	85,1
Urbana ou peri-urbana	470	748	<b>62,7</b>	53,4	71,9
<b>Todas</b>	<b>843</b>	<b>1245</b>	<b>68,9</b>	<b>62,1</b>	<b>75,8</b>

Dois terços (68,9%) dos cuidadores relataram que fizeram o teste de HIV e receberam o resultado do seu último teste. As diferenças na percentagem dos cuidadores que fizeram o teste de HIV e receberam os resultados do seu último teste foram significativas em termos de sexo, faixa etária e localização do cuidador. A probabilidade de os cuidadores do sexo feminino relatarem que fizeram o teste e receberam os resultados de HIV foi maior em comparação com os cuidadores do sexo masculino (70,6% dos cuidadores do sexo feminino v. 56,2% dos cuidadores do sexo masculino,  $p=0,0111$ ). A probabilidade de os cuidadores que vivem em zonas urbanas relatarem que fizeram o teste e receberam os resultados de HIV foi maior em comparação com aqueles que vivem em zonas rurais (75,8% dos cuidadores rurais v. 62,7% dos cuidadores urbanos,  $p=0,0456$ ). E a probabilidade de os cuidadores mais idosos (com 51+ anos de idade) relatarem que fizeram o teste e receberam os resultados de HIV foi menor em comparação com os cuidadores mais jovens ( $p<0,001$ ).

#### 4.3.3 Bem-estar psicológico

Foram feitas três perguntas aos cuidadores sobre o seu bem-estar nos 12 meses anteriores. Primeiro, pediu-se aos participantes que avaliassem a sua vida numa escala de 0 a 10 utilizando a imagem de uma escada como ponto de referência (Cantril, 1965). A pergunta foi: "Vamos supor que o topo da escada representa a melhor vida possível para você e o fundo da escada representa a pior vida possível para você. Em que degrau da escada sente que se situa neste momento?" As respostas a esta pergunta estão agrupadas da seguinte forma: 0-4=a sofrer, 5-6=com dificuldades, 7-10=a prosperar. A distribuição das respostas entre estas categorias está apresentada no Quadro 13.

**Quadro 12 Cuidadores avaliados como “a sofrer”, “com dificuldades” e “a prosperar” de acordo com a Escada de Cantril**

Categoria	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
A sofrer (0-4)	1082	1230	<b>86,6</b>	82,1	91,0
Com dificuldades (5-6)	105	1230	<b>9,4</b>	6,3	12,6
A prosperar (7-10)	43	1230	<b>4,0</b>	1,7	6,4

A maioria dos cuidadores relatou pontuações da Escada de Cantril representando “a sofrer” (86,6%), seguida de “com dificuldades” (9,4%) e “a prosperar” (4,0%). O Quadro 14 apresenta a proporção dos cuidadores avaliados como “a sofrer” com base nas características dos cuidadores.

**Quadro 13 Cuidadores avaliados como “a sofrer” de acordo com a Escada de Cantril**

Sexo do cuidador	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Feminino	947	1074	<b>86,8</b>	82,7	90,9
Masculino	135	156	<b>84,5</b>	74,5	94,5
Faixa etária do cuidador	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
<18 anos	3	5	-	--	--
18-30 anos	256	289	<b>87,4</b>	81,3	93,4
31-50 anos	554	634	<b>85,5</b>	80,3	90,6
51+ anos	269	302	<b>88,5</b>	81,3	95,7
Localização do agregado familiar	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Rural	425	493	<b>85,2</b>	78,6	91,8
Urbana ou peri-urbana	657	737	<b>87,8</b>	81,2	94,5
<b>Todas</b>	<b>1082</b>	<b>1230</b>	<b>86,6</b>	<b>82,1</b>	<b>91,0</b>

Não foram constatadas diferenças estatisticamente relevantes por sexo do cuidador ( $p=0,6314$ ), faixas etárias acima de 18 anos ( $p=0,5138$ ) ou localização ( $p=0,5455$ ) nas percentagens dos cuidadores que relataram que sentiam que as suas vidas eram as piores vidas possíveis (correspondendo a uma pontuação de sofrimento de 0-4 na Escada de Cantril).

Em seguida, perguntou-se aos participantes: *Comparando estas alturas no ano passado, diria que sua vida melhorou, continua mais ou menos a mesma ou piorou, em geral?* A distribuição das respostas entre estas categorias está apresentada no Quadro 15.

**Quadro 14 Cuidadores que relataram que as suas vidas melhoraram, continuam iguais ou pioraram desde o ano anterior**

Categoria	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Melhorou	151	1244	<b>13,9</b>	10,4	17,5
Mais ou menos a mesma	572	1244	<b>46,6</b>	42,7	50,6
Piorou	521	1244	<b>39,4</b>	33,6	45,3

Pouco menos da metade (46,6%) relataram que a vida continuava igual, e 13,9% observaram que a vida havia melhorado. Os dados sobre a proporção que indicou que a vida havia melhorado, pelas características dos cuidadores, estão apresentados no Quadro 16.

**Quadro 15 Cuidadores que sentem que a vida melhorou desde o ano anterior**

Sexo do cuidador	N	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Feminino	130	1085	<b>13,6</b>	10,2	17,0
Masculino	21	159	<b>16,0</b>	7,8	24,2
Faixa etária do cuidador	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
<18 anos	1	5	<b>25,3</b>	-	-
18-30 anos	43	293	<b>15,7</b>	9,2	22,2
31-50 anos	79	640	<b>15,1</b>	10,5	19,8
51+ anos	28	306	<b>9,5</b>	5,5	13,5
Localização do agregado familiar	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Rural	89	495	<b>19,1</b>	14,8	23,5
Urbana ou peri-urbana	62	749	<b>9,2</b>	5,2	13,2
<b>Todas</b>	<b>151</b>	<b>1244</b>	<b>13,9</b>	<b>10,4</b>	<b>17,5</b>

Quase 14% dos cuidadores mencionaram que as suas vidas haviam melhorado durante o ano anterior, sem diferenças detectadas por sexo ( $p=0,6314$ ) ou faixa etária ( $p=0,0905$ ). Os moradores rurais relataram que a vida havia melhorado durante o ano anterior duas vezes mais do que os moradores urbanos, o que é uma diferença estatisticamente significativa (19,1% dos cuidadores rurais v. 9,2% dos cuidadores urbanos,  $p=0,0079$ ).

Por fim, perguntou-se aos participantes: *Daqui a um ano, espera que sua vida seja melhor, seja mais ou menos a mesma ou seja pior, em geral?* A distribuição das respostas entre estas categorias está apresentada no Quadro 17.

**Quadro 16 Cuidadores que relataram que as suas vidas serão melhores, iguais ou piores um ano depois**

Categoria	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Melhor	500	902	<b>55,6</b>	45,2	66,0
Mais ou menos a mesma	273	902	<b>31,1</b>	23,6	38,6
Pior	129	902	<b>13,3</b>	8,4	18,3

\*348 cuidadores responderam “não sei” a esta pergunta.

A maioria dos cuidadores mencionou que as suas vidas seriam melhores no futuro (55,6%), e 13,3% observaram que acreditavam que as suas vidas piorassem. Os dados sobre aqueles que acreditam que a vida melhora, pelas características dos cuidadores, estão apresentados no Quadro 18.

**Quadro 17 Cuidadores que acreditam que as suas vidas serão melhores um ano depois**

Sexo do cuidador	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Feminino	445	783	<b>56,7</b>	46,2	67,1
Masculino	55	119	<b>47,7</b>	32,9	62,6
Faixa etária do cuidador	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
<18 anos	5	5	-	-	-
18-30 anos	140	214	<b>65,7</b>	54,8	76,5
31-50 anos	238	453	<b>53,3</b>	41,1	65,5
51+ anos	117	230	<b>50,1</b>	39,1	61,1
Localização do agregado familiar	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Rural	271	397	<b>65,3</b>	49,8	80,8
Urbana ou peri-urbana	229	505	<b>45,3</b>	30,9	59,6
<b>Todas</b>	<b>500</b>	<b>902*</b>	<b>55,6</b>	<b>45,2</b>	<b>66,0</b>

\*348 cuidadores responderam “não sei” a esta pergunta.

Mais da metade dos participantes (55,6%) indicaram que acreditavam que as suas vidas seriam melhores um ano depois. Os cuidadores rurais estavam mais esperançosos do que os cuidadores urbanos (65,3% v. 45,3%, respectivamente,  $p=0,0287$ ).

#### 4.3.4 Atitudes sobre o estudo

Pedi-se a opinião dos participantes sobre a importância de rapazes e raparigas concluírem o ensino primário e secundário. A maioria dos cuidadores concordou que era muito importante que ambos concluam o ensino primário e secundário (raparigas/primário: 92,0%, raparigas/secundário: 93,6%, rapazes/primário: 94,4%, rapazes/secundário: 95,2%). Em seguida, perguntou-se aos cuidadores se concordavam plenamente, concordavam, discordavam ou discordavam plenamente com a seguinte afirmação: “É mais importante que os filhos tenham oportunidade de ir à escola do que filhas.” Os dados gerais referentes a esta pergunta estão apresentados no Quadro 19 e Quadro 20 por características dos cuidadores, abaixo.

**Quadro 18 Cuidadores que pensam que a educação é mais importante para os filhos do que as filhas**

Categoria	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Concordam plenamente	93	1226	<b>7,4</b>	5,6	9,2
Concordam	209	1226	<b>16,0</b>	12,3	19,8
Discordam	579	1226	<b>47,7</b>	42,2	53,2
Discordam plenamente	345	1236	<b>28,9</b>	23,9	33,8

Para comparar as opiniões dos cuidadores sobre a educação ser mais importante para os filhos do que as filhas, combinamos “concorda plenamente” e “concorda” numa só categoria (“concorda”) e “discorda” e “discorda plenamente” em outra categoria (“discorda”). A primeira combinação (“concorda”) mostra que quase um quarto (23,4%) dos cuidadores mencionaram que a educação é mais importante para os filhos do que as filhas.

**Quadro 20 Cuidadores que concordam ou concordam plenamente que a educação é mais importante para os filhos do que as filhas**

Sexo do cuidador	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Feminino	253	1069	<b>22,8</b>	18,5	27,1
Masculino	49	157	<b>28,1</b>	16,6	39,7
Faixa etária do cuidador	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
<18 anos	0	5	-	-	-
18-30 anos	82	289	<b>26,8</b>	20,4	33,1
31-50 anos	142	631	<b>21,4</b>	16,9	25,8
51+ anos	78	301	<b>25,2</b>	17,7	32,8
Localização do agregado familiar	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Rural	110	489	<b>22,1</b>	14,9	29,2
Urbana ou peri-urbana	192	737	<b>24,7</b>	17,5	31,8
<b>Todas</b>	<b>302</b>	<b>1226</b>	<b>23,4</b>	<b>18,6</b>	<b>28,2</b>

Não detectámos diferenças nas atitudes por sexo do cuidador, faixa etária ( $p=0,0671$ ) ou localização.

#### 4.3.5 Atitudes e convicções relativas à protecção da criança

*Percentagem dos cuidadores que concordam que o castigo físico severo é uma forma apropriada de disciplina ou controlo em casa ou na escola (IEI de MAR CW.14)*

Fizeram-se aos cuidadores duas perguntas sobre a sua aprovação ao castigo físico severo como forma apropriada de disciplina infantil ou controlo em casa ou na escola. Os resultados mostram que os cuidadores tendem a aprovar o castigo físico como forma de disciplina mais na escola (13,8%) do que em casa (7,6%). Os resultados são agregados para criar o indicador que combina a aprovação do castigo físico severo na escola ou em casa (ver o Quadro 21).

**Quadro 21 Cuidadores que aprovam o castigo físico severo como forma apropriada de disciplina ou controlo em casa ou na escola**

Faixa etária do cuidador	Todos os cuidadores				
	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
<18 anos	1	5	<b>25,3</b>	-	-
18-30 anos	26	294	<b>8,6</b>	5,3	11,8
31-50 anos	98	630	<b>16,2</b>	11,5	20,9
51+ anos	62	304	<b>20,8</b>	12,3	29,4
<b>Todas as idades</b>	<b>187</b>	<b>1233</b>	<b>15,7</b>	<b>10,9</b>	<b>20,5</b>

Faixa etária do cuidador	Mulheres					Homens				
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
<18 anos	1	5	<b>25,3</b>	-	-	-	-	-	-	-
18-30 anos	23	258	<b>8,6</b>	5,1	12,1	3	36	<b>8,3</b>	0,0	17,9
31-50 anos	95	565	<b>17,4</b>	12,2	22,6	3	65	<b>5,0</b>	0,0	10,7
51+ anos	55	247	<b>22,5</b>	12,9	32,1	7	57	<b>12,9</b>	4,1	21,7
<b>Todas as idades</b>	<b>174</b>	<b>1075</b>	<b>16,6</b>	<b>11,4</b>	<b>21,8</b>	<b>13</b>	<b>158</b>	<b>8,6</b>	<b>4,5</b>	<b>12,7</b>

Menos de 16% (15,7%) dos cuidadores concordaram que o castigo físico de uma criança é uma forma apropriada de disciplina ou controlo em casa ou na escola, sendo que mais cuidadores do sexo feminino aprovam o castigo físico do que cuidadores do sexo masculino (16,6 v. 8,6%, respectivamente,  $p=0,0113$ ). Para além disto, as atitudes relativas ao castigo físico variam de acordo com a faixa etária dos cuidadores. Os cuidadores mais idosos tenderam ligeiramente mais a aceitar o castigo físico severo como forma apropriada de disciplina ( $p=0,0066$ ).

Pediu-se aos cuidadores que descrevessem a sua resposta em vários cenários de mau comportamento da criança, tais como: 1) despejar água; 2) recusar-se a ajudar nas tarefas domésticas; e 3) bater em outra criança. As opções de resposta foram: não fazer nada, retirar os brinquedos da criança, explicar por que o seu comportamento está errado, gritar com a criança, espancar ou bater na criança e outras reacções. Os dados estão apresentados no Quadro 22.



## Quadro 22 Respostas dos cuidadores em vários cenários de disciplina infantil

### A criança despeja água

Resposta	Rurais			Urbanas e peri-urbanas			Todas		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Não fazer nada	17	494	<b>2,8</b>	61	751	<b>8,6</b>	78	1245	<b>5,8</b>
Retirar os brinquedos da criança	33	494	<b>9,0</b>	37	751	<b>4,6</b>	70	1245	<b>6,7</b>
Explicar por que o seu comportamento está errado	345	494	<b>70,4</b>	509	751	<b>67,8</b>	854	1245	<b>69,0</b>
Gritar com a criança	82	494	<b>14,6</b>	121	751	<b>16,0</b>	203	1245	<b>15,3</b>
Espancar ou bater na criança	11	494	<b>2,2</b>	21	751	<b>2,7</b>	32	1245	<b>2,4</b>
Outros	6	494	<b>1,1</b>	2	751	<b>0,3</b>	8	1245	<b>0,7</b>

### A criança não ajuda nas tarefas domésticas

Resposta	Rurais			Urbanas e peri-urbanas			Todas		
	N	N	%	n	N	%	n	N	%
Não fazer nada	16	495	<b>3,3</b>	47	750	<b>6,1</b>	63	1245	<b>4,8</b>
Retirar os brinquedos da criança	9	495	<b>2,6</b>	8	750	<b>1,0</b>	17	1245	<b>1,7</b>
Explicar por que o seu comportamento está errado	322	495	<b>65,3</b>	525	750	<b>70,5</b>	847	1245	<b>68,1</b>
Zangar-se com a criança	121	495	<b>24,3</b>	144	750	<b>19,6</b>	265	1245	<b>21,9</b>
Bater na criança	23	495	<b>3,8</b>	14	750	<b>1,5</b>	37	1245	<b>2,6</b>
Outros	4	495	<b>0,7</b>	12	750	<b>1,3</b>	16	1245	<b>1,0</b>

### A criança bate em outra criança

Resposta	Rurais			Urbanas e peri-urbanas			Todas		
	N	N	%	n	N	%	n	N	%
Não fazer nada	8	496	<b>1,3</b>	28	750	<b>3,6</b>	36	1246	<b>2,5</b>
Retirar os brinquedos da criança	23	496	<b>5,9</b>	16	750	<b>1,9</b>	39	1246	<b>3,8</b>
Explicar por que o seu comportamento está errado	305	496	<b>61,7</b>	504	750	<b>66,9</b>	809	1246	<b>64,5</b>
Zangar-se com a criança	115	496	<b>22,4</b>	160	750	<b>21,7</b>	275	1246	<b>22,0</b>
Bater na criança	31	496	<b>6,3</b>	32	750	<b>4,7</b>	63	1246	<b>5,5</b>
Outros	14	496	<b>2,3</b>	10	750	<b>1,1</b>	24	1246	<b>1,7</b>

Em todos os cenários, a resposta mais comum para cada mau comportamento foi “explicaria-lhe por quê o comportamento dele/dela é errado”. A probabilidade de os cuidadores mencionarem “espancaria ou bateria-lhe” como resposta foi duas vezes maior quando o seu filho bate em outra criança em comparação com quando uma criança despeja água ou não ajuda nas tarefas domésticas (5,5% v. 2,7% e 2,6%, respectivamente). Os moradores rurais citaram “espancaria ou bateria-lhe”

como resposta duas vezes mais do que os moradores urbanos quando a criança não ajuda nas tarefas domésticas (3,8% v. 1,5%).

#### 4.3.6 Convicções sobre o casamento infantil

Perguntou-se aos cuidadores sobre as suas convicções relativas ao casamento infantil, ou seja, o casamento antes dos 18 anos de idade. Foram feitas três perguntas relacionadas:

1. Casaria um filho com uma rapariga menor de 18 anos de idade?
2. Com que idade acha que as raparigas devem se casar?
3. Algumas raparigas se casam antes dos 18 anos. Acha que esta prática deve continuar?

Os resultados de cada pergunta estão apresentados nos Quadros 23 – 25.

**Quadro 23 Opiniões dos cuidadores sobre se casariam um filho com uma rapariga menor de 18 anos de idade**

Categoria	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Não	1045	1232	<b>84,8</b>	81,9	87,7
Sim	16	1232	<b>1,5</b>	0,6	2,5
Depende	171	1232	<b>13,7</b>	10,9	16,5

**Quadro 24 Opiniões dos cuidadores sobre a idade com a qual as raparigas devem se casar**

Categoria	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Menos de 18 anos	8	1220	<b>0,7</b>	0,2	1,2
18 anos ou mais	1.058	1220	<b>86,6</b>	84,0	89,1
Depende	154	1220	<b>12,8</b>	10,2	15,3

**Quadro 25 Opinião dos cuidadores sobre se a prática de as raparigas se casarem antes dos 18 anos de idade deve continuar**

Categoria	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Não	1066	1234	<b>86,3</b>	83,7	88,9
Sim	12	1234	<b>1,2</b>	0,5	1,8
Em alguns casos	156	1234	<b>12,5</b>	10,0	15,1

As respostas a todas as três perguntas são coerentes: 84,8% dos cuidadores não permitiriam o casamento de um filho com uma rapariga menor de 18 anos de idade; 86,6% dos cuidadores acham que as raparigas devem casar-se depois de completar 18 anos de idade; e 86,3% acham que a prática de as raparigas casarem-se antes dos 18 anos de idade não deve continuar. Não detectámos nenhuma

diferença estatística por sexo do cuidador, faixa etária ou localização em nenhuma destas três perguntas.

#### 4.3.7 Conhecimento dos direitos da criança

Perguntou-se aos cuidadores sobre o seu conhecimento dos direitos da criança. Pediu-se aos participantes que mencionassem os direitos da criança do seu conhecimento, e calculamos quantos puderam mencionar pelo menos três direitos da criança. Entre os direitos da criança mencionados, destacaram-se: vida, saúde/cuidados de saúde, certidão de nascimento/ identidade, viver com os pais, educação, brincar/descansar, protecção contra o trabalho infantil, ser ouvida/expressar opiniões, procurar e partilhar informações, liberdade de religião, protecção contra a discriminação, protecção contra a violência/abuso sexual e atenção legal devida, entre outros que possam ter mencionado. A percentagem dos cuidadores que enumeraram pelo menos três direitos da criança, por características dos cuidadores, estão apresentada no Quadro 26.

**Quadro 26 Cuidadores que sabem pelo menos três direitos da criança**

Sexo do cuidador	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Feminino	711	1091	<b>66,8</b>	60,8	72,8
Masculino	122	159	<b>73,7</b>	62,6	84,8
Faixa etária do cuidador	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
<18	3	5	<b>62,6</b>	-	-
18-30	205	294	<b>71,0</b>	63,5	78,4
31-50	431	642	<b>68,9</b>	63,5	74,2
51+	194	309	<b>62,1</b>	53,2	70,9
Localização do agregado familiar	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Rural	299	498	<b>64,6</b>	53,6	75,7
Urbana ou peri-urbana	534	752	<b>70,3</b>	63,5	77,2
<b>Todas</b>	<b>833</b>	<b>1250</b>	<b>67,6</b>	<b>61,7</b>	<b>73,6</b>

Dois terços (67,6%) dos cuidadores mencionaram pelo menos três direitos da criança, sem diferenças estatisticamente relevantes detectadas por sexo do cuidador ( $p=0,2283$ ) ou localização ( $p=0,3405$ ).

## 4.4 Características das crianças e resultados

### 4.4.1 Características das crianças na amostra de agregados familiares

Os cuidadores forneceram informações sobre todas as crianças sob o seu cuidado. As características destas crianças estão apresentadas no Quadro 27.

**Quadro 27 Características das crianças entrevistadas**

Idade da criança	Raparigas		Rapazes		Todas as crianças		Percentagem das crianças que são raparigas
	n	%	n	%	N	%	
0-4 anos	512	<b>23,1</b>	521	<b>22,4</b>	1033	<b>22,7</b>	50,7
0-5 meses	36	<b>6,5</b>	29	<b>4,6</b>	65	<b>5,6</b>	59,1
6-11 meses	32	<b>6,4</b>	30	<b>6,4</b>	62	<b>6,4</b>	50,7
12-23 meses	92	<b>19</b>	115	<b>21,1</b>	207	<b>20</b>	47,9
2-4 anos	352	<b>68,2</b>	347	<b>67,9</b>	699	<b>68</b>	50,8
5-9 anos	741	<b>32,2</b>	734	<b>32,4</b>	1475	<b>32,3</b>	49,8
10-14 anos	712	<b>32,4</b>	700	<b>30,6</b>	1412	<b>31,5</b>	51,3
15-17 anos	259	<b>12,4</b>	312	<b>14,6</b>	571	<b>13,5</b>	46
Deficiência	Raparigas		Rapazes		Todas as crianças		
	N	%	n	%	N	%	
Qualquer deficiência	55	<b>2,3</b>	64	<b>2,8</b>	119	<b>2,5</b>	
Cegueira	8	<b>15,9</b>	10	<b>18,4</b>	18	<b>17,3</b>	
Surdez	14	<b>19,5</b>	20	<b>34,4</b>	34	<b>27,5</b>	
Aprendizagem	3	<b>6,5</b>	8	<b>12,6</b>	11	<b>9,8</b>	
Física	16	<b>29,4</b>	24	<b>35</b>	40	<b>32,4</b>	
Outras	19	<b>35,0</b>	10	<b>11,5</b>	29	<b>22,3</b>	
Vive com os pais	Raparigas		Rapazes		Todas as crianças		
	N	%	n	%	N	%	
Vive com a mãe e/ou o pai	1619	<b>73</b>	1661	<b>73,6</b>	3280	<b>73,3</b>	
Vive com a mãe	1527	<b>68,8</b>	1559	<b>69,4</b>	3086	<b>69,1</b>	
Vive com o pai	614	<b>28,5</b>	606	<b>27,1</b>	1220	<b>27,8</b>	
Vive com a mãe e o pai	522	<b>24,4</b>	504	<b>23</b>	1026	<b>23,7</b>	
Não vive nem com a mãe nem com o pai	604	<b>27</b>	605	<b>26,4</b>	1209	<b>26,7</b>	
<b>Todas</b>	<b>2.223</b>	<b>100</b>	<b>2.266</b>	<b>100</b>	<b>4.489</b>	<b>100</b>	

As crianças nos agregados familiares entrevistados estão igualmente distribuídas por género, com duas excepções: há ligeiramente mais raparigas na faixa etária de 0-5 meses e ligeiramente mais rapazes na faixa etária de 15-17 anos. A distribuição das crianças entrevistadas também é similar em

termos de idade, com menos crianças na faixa etária de 15-17 anos (o que já se esperava, pois esta faixa etária cobre apenas três anos em vez de cinco).

Dentre todas as crianças, 2% eram deficientes, sendo a mais comum a deficiência de aprendizagem.

Menos de um quarto (24%) das crianças vivem com a mãe e o pai, e mais de dois terços (68%) vivem apenas com a mãe. Cerca de 27% das crianças não vivem com a mãe ou o pai, mas com parentes, tais como um tio ou uma avó.

#### 4.4.2 Saúde

##### *Percentagem das crianças doentes demais para participar em actividades diárias (IEI de MAR CW.4)*

Perguntou-se aos cuidadores se as crianças sob o seu cuidado estiveram doentes demais para participar em actividades diárias em qualquer momento nas duas semanas antes do inquérito. Os resultados estão apresentados no Quadro 28.

**Quadro 28 Crianças doentes demais para participar em actividades diárias**

Faixa etária	Todas as crianças									
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
0-4 anos	208	1026	<b>20,0</b>	17,4	22,7	96	516	<b>18,2</b>	14,7	21,6
5-9 anos	194	1475	<b>13,1</b>	10,2	15,9	89	734	<b>11,8</b>	8,5	15,2
10-14 anos	173	1410	<b>11,7</b>	9,7	13,7	87	699	<b>12,1</b>	9,7	14,5
15-17 anos	83	570	<b>14,0</b>	10,0	18,1	37	311	<b>11,3</b>	7,3	15,4
<b>Todas as idades</b>	<b>658</b>	<b>4.481</b>	<b>14,3</b>	<b>12,5</b>	<b>16,1</b>	<b>309</b>	<b>2260</b>	<b>13,2</b>	<b>11,2</b>	<b>15,3</b>
Faixa etária	Raparigas					Rapazes				
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
0-4 anos	112	510	<b>21,8</b>	18,2	25,4	96	516	<b>18,2</b>	14,7	21,6
5-9 anos	105	741	<b>14,3</b>	10,6	18,0	89	734	<b>11,8</b>	8,5	15,2
10-14 anos	86	711	<b>11,3</b>	8,5	14,1	87	699	<b>12,1</b>	9,7	14,5
15-17 anos	46	259	<b>17,2</b>	10,6	23,9	37	311	<b>11,3</b>	7,3	15,4
<b>Todas as idades</b>	<b>349</b>	<b>2221</b>	<b>15,4</b>	<b>13,0</b>	<b>17,8</b>	<b>309</b>	<b>2260</b>	<b>13,2</b>	<b>11,2</b>	<b>15,3</b>

Com base nos relatórios de todos os cuidadores, 14,3% das crianças, em média, estavam doentes demais para participar em actividades diárias, sem diferenças estatísticas detectadas por sexo ( $p=0,1093$ ). As crianças com 0-4 anos de idade tinham uma probabilidade estatisticamente maior de adoecerem do que as criança mais velhas ( $p=0,002$ ).

*Percentagem das crianças cujo cuidador primário conhece o estado serológico do HIV da criança (IEI de MAR NC.1)*

Perguntou-se aos cuidadores se as crianças sob o seu cuidado fizeram o teste de HIV e se sabiam os resultados. As respostas estão apresentadas nos Quadros 29 e 30.

**Quadro 29 Crianças que, segundo o relato dos seus cuidadores, fizeram o teste de HIV**

Categoria	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Não	2863	4491	<b>62,6</b>	55,7	69,4
Sim	1589	4491	<b>36,5</b>	29,7	43,3
Não sei/Sem resposta	39	4491	<b>1,0</b>	0,6	1,3

**Quadro 30 Cuidadores que relataram que sabiam o resultado do teste de HIV do seu filho, entre as crianças que foram testadas segundo o relato do cuidador**

Categoria	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Não	62	1589	<b>4,5</b>	2,9	6,0
Sim	1526	1589	<b>95,4</b>	93,8	97,0
Não sei/Sem resposta	1	1589	<b>0,1</b>	0,0	0,3

O indicador essencial do inquérito MAR para COV relativo ao conhecimento dos cuidadores primários acerca do estado serológico do HIV das crianças sob o seu cuidado pressupões que, se uma criança não foi testada, o cuidador não conhece o seu estado serológico do HIV. Portanto, estão apresentados os resultados relativos a todas as crianças com respostas disponíveis sobre se a criança fez o teste de HIV ou se o cuidador conhecia os resultados (n=4451). Estes resultados estão apresentados no Quadro 31.

**Quadro 31 Crianças cujo cuidador primário conhece o estado serológico do HIV da criança**

Faixa etária	Todas as crianças				
	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
0-4 anos	430	1025	<b>41,2</b>	33,8	48,6
5-9 anos	489	1469	<b>33,9</b>	26,6	41,2
10-14 anos	416	1401	<b>31,7</b>	23,8	39,6
15-17 anos	191	556	<b>36,1</b>	28,4	43,8
<b>Todas as idades</b>	<b>1526</b>	<b>4451</b>	<b>35,2</b>	<b>28,5</b>	<b>41,8</b>

Faixa etária	Raparigas					Rapazes				
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
0-4 anos	213	508	<b>42,6</b>	33,7	51,6	217	517	<b>39,7</b>	32,3	47,1
5-9 anos	251	736	<b>34,4</b>	26,9	42,0	238	733	<b>33,4</b>	25,7	41,1
10-14 anos	221	708	<b>33,2</b>	24,5	41,8	195	693	<b>39,2</b>	21,9	38,5
15-17 anos	106	253	<b>45,1</b>	35,9	54,4	85	303	<b>28,3</b>	20,1	36,4
<b>Todas as idades</b>	<b>791</b>	<b>2205</b>	<b>37,2</b>	<b>29,8</b>	<b>44,7</b>	<b>735</b>	<b>2246</b>	<b>33,1</b>	<b>26,9</b>	<b>39,3</b>

O estado serológico do HIV de um terço (35,2%) das crianças da amostra era conhecido pelo cuidador. A probabilidade estatística de os cuidadores conhecerem o estado serológico do HIV foi maior em relação a raparigas do que rapazes (raparigas: 37,2%, em comparação com rapazes: 33,1%,  $p=0,0224$ ). As diferenças de faixa etária tiveram ligeira relevância estatística ( $p=0,0820$ ).

#### 4.4.3 Nutrição

##### *Percentagem das crianças que estão subnutridas (IEI de MAR CW.1)*

Foi medida a CB de todas as crianças com 6-59 meses de idade dos agregados familiares entrevistados. A criança foi considerada subnutrida quando a sua medida de CB estava abaixo de 125 mm. Os resultados estão apresentados no Quadro 32.

**Quadro 32 Percentagem das crianças com 6-59 meses de idade que estão subnutridas**

Faixa etária	Todas as crianças				
	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
6-11 meses	8	61	<b>10,4</b>	3,9	17,0
12-59 meses	20	881	<b>2,5</b>	0,8	4,0
<b>6-59 meses</b>	<b>28</b>	<b>942</b>	<b>3,0</b>	<b>1,6</b>	<b>4,4</b>

Faixa etária	Raparigas					Rapazes				
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
6-11 meses	4	32	<b>11,7</b>	0	23,9	4	29	<b>9,1</b>	0,0	21,2
12-59 meses	6	430	<b>1,6</b>	0,2	3,1	14	451	<b>3,3</b>	1,0	5,5
<b>6-59 meses</b>	<b>10</b>	<b>462</b>	<b>2,4</b>	<b>0,9</b>	<b>3,8</b>	<b>18</b>	<b>480</b>	<b>3,7</b>	<b>1,6</b>	<b>5,7</b>

Observou-se que 3% das crianças com 6-59 meses de idade estavam subnutridas. As diferenças por faixa etária e sexo não tiveram relevância estatística ( $p=0,565$  e  $p=0,2320$ , respectivamente).

#### 4.4.4 Desenvolvimento na primeira infância

*Percentagem das crianças < 5 anos de idade que recentemente participaram em actividades estimulantes com qualquer membro do agregado familiar com mais de 15 anos de idade (IEI de MAR CW.13)*

Perguntou-se aos cuidadores se as crianças menores de 5 anos sob o seu cuidado tinham participado em actividades estimulantes nos três dias anteriores, com o cuidador ou outro membro do agregado familiar com mais de 15 anos de idade. As actividades estimulantes mencionadas foram ler livros, folhear livros ilustrados, contar histórias, cantar músicas ou canções de embalar, brincar com a criança ou identificar, contar ou desenhar. Os resultados estão apresentados no Quadro 33.

**Quadro 33 Crianças <5 anos de idade que recentemente participaram em actividades estimulantes com qualquer membro do agregado familiar com mais de 15 anos de idade**

Actividade	Todas as crianças				
	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Leu/folheou livros ilustrados	85	1026	<b>7,8</b>	5,4	10,2
Contou histórias	146	1013	<b>13,9</b>	10,4	17,4
Cantou músicas ou canções de embalar	479	1025	<b>45,1</b>	38,0	52,3
Brincou	724	1024	<b>67,2</b>	60,2	74,2
Identificou, contou ou desenhou	188	1021	<b>16,1</b>	11,3	20,9
Levou para uma caminhada fora de casa	431	1023	<b>39,8</b>	31,3	48,3
<b>Uma ou mais destas actividades</b>	<b>801</b>	<b>1028</b>	<b>75,4</b>	<b>68,6</b>	<b>82,2</b>

Actividade	Raparigas					Rapazes				
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
Leu/folheou livros ilustrados	50	508	<b>9,7</b>	6,3	13,1	35	518	<b>5,9</b>	3,2	8,7
Contou histórias	71	500	<b>13,5</b>	9,6	17,4	75	513	<b>14,3</b>	9,8	18,7
Cantou músicas ou canções de embalar	238	508	<b>44,2</b>	37,2	51,3	241	517	<b>46,0</b>	37,2	54,8
Brincou	345	508	<b>63,7</b>	55,6	71,8	379	516	<b>70,7</b>	63,6	77,9
Identificou, contou ou desenhou	92	507	<b>16,3</b>	11,9	20,6	96	514	<b>15,9</b>	9,3	22,6
Levou para uma caminhada fora de casa	209	508	<b>37,6</b>	28,3	46,8	222	515	<b>42,1</b>	33,3	51,0
<b>Uma ou mais destas actividades</b>	<b>388</b>	<b>509</b>	<b>72,8</b>	<b>65,2</b>	<b>80,4</b>	<b>413</b>	<b>519</b>	<b>78,1</b>	<b>71,1</b>	<b>86,1</b>

Os cuidadores relataram que três quartos das crianças menores de 5 anos de idade (75,4%) tinham participado em pelo menos um tipo de actividade estimulante com um adulto nos três dias anteriores. A constatação de que os rapazes tiveram maior probabilidade de participarem em pelo menos uma actividade em comparação com as raparigas teve uma ligeira relevância estatística (76,6% v. 72%, respectivamente,  $p=0,0637$ ). As actividades relatadas com mais frequência foram brincar (67,2%), seguida de cantar músicas ou canções de embalar (45,1%).



#### 4.4.5 Protecção às crianças

##### Percentagem das crianças com registo de nascimento (IEI de MAR CW.9)

Perguntou-se aos cuidadores se as crianças sob o seu cuidado tinham registo de nascimento e, caso sim, lhes foram solicitadas provas. Os resultados estão apresentados no Quadro 34.

**Quadro 34 Crianças com registo de nascimento (verificado)**

Faixa etária	Todas as crianças									
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
0-4 anos	361	1033	<b>34,7</b>	28,6	40,7					
5-9 anos	623	1475	<b>41,7</b>	36,8	46,5					
10-14 anos	698	1412	<b>50,7</b>	45,9	55,4					
15-17 anos	275	571	<b>46,5</b>	38,7	54,4					
<b>Todas as idades</b>	<b>1957</b>	<b>4491</b>	<b>43,6</b>	<b>39,7</b>	<b>47,5</b>					
Faixa etária	Raparigas					Rapazes				
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
0-4 anos	188	512	<b>35,4</b>	28,0	42,8	173	521	<b>33,9</b>	27,4	40,3
5-9 anos	312	741	<b>41,5</b>	37,0	46,0	311	734	<b>41,8</b>	35,7	48,0
10-14 anos	363	712	<b>51,7</b>	45,8	57,7	335	700	<b>49,5</b>	44,3	54,7
15-17 anos	134	259	<b>50,4</b>	39,6	61,2	141	312	<b>43,2</b>	36,0	50,5
<b>Todas as idades</b>	<b>997</b>	<b>2224</b>	<b>44,5</b>	<b>40,1</b>	<b>48,9</b>	<b>960</b>	<b>2267</b>	<b>42,6</b>	<b>38,6</b>	<b>46,6</b>

Os cuidadores de 68,3% das crianças relataram que tinham a certidão de nascimento dos filhos (quase 80% nos casos das crianças com mais de 10 anos de idade). Contudo, não foi possível confirmar a posse da certidão de nascimento em cerca de um terço destes casos. Menos da metade (43,6%) das crianças tinham a certidão de nascimento (respostas aceitáveis: *boletim*, *cédula* e/ou *certidão de nascimento*) com a confirmação do entrevistador, sem que se detectassem diferenças estatísticas por sexo ( $p=0,2367$ ) ou faixa etária ( $p<0,019$ ).

Perguntou-se aos cuidadores se tinham utilizado qualquer dos seguintes métodos de disciplina infantil no mês antes do inquérito:

- retirou brinquedos/proibiu uma actividade de que a criança gosta
- explicou por que o comportamento da criança é errado
- levantou a voz, ralhou ou gritou com a criança
- espancou, bateu ou deu uma bofetada na criança

Os dados estão apresentados no Quadro 35.

**Quadro 35 Métodos de disciplina infantil utilizados pelos cuidadores**

Método de disciplina infantil utilizado	Todas as crianças									
	n	N	%	IC 95%						
				LI	LS					
Retirou brinquedos/proibiu uma actividade	1087	4465	<b>25,1</b>	19,6	30,5					
Explicou por que um comportamento é errado	3734	4451	<b>84,5</b>	81,7	87,3					
Levantou a voz, ralhou ou gritou	1710	4460	<b>39,8</b>	34,4	45,0					
Espancou, bateu ou deu uma bofetada	419	4458	<b>9,4</b>	7,0	11,7					
	Raparigas					Rapazes				
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
Retirou brinquedos/proibiu uma actividade	553	2212	<b>25,5</b>	20,4	30,7	534	2253	<b>24,6</b>	18,5	30,6
Explicou por que um comportamento é errado	1870	2203	<b>85,3</b>	82,5	88,1	1864	2248	<b>83,7</b>	80,4	87,0
Levantou a voz, ralhou ou gritou	855	2209	<b>39,9</b>	34,4	45,3	855	2251	<b>39,6</b>	34,0	45,3
Espancou, bateu ou deu uma bofetada	214	2209	<b>9,6</b>	7,3	11,9	205	2249	<b>9,1</b>	6,3	11,8

O método de disciplina infantil relatado com mais frequência foi “explicaria por quê o comportamento dele/dela é errado” (84,5%), seguido à distância por “zangaria com ele/ela” (39,8%), “retiraria-lhe os brinquedos/proibiria o acto” (25,1%) e “espancaria ou bateria-lhe” (9,4%). Não foram constatadas diferenças estatisticamente relevantes por sexo da criança em termos de métodos de disciplina infantil relatados pelo cuidador (retirou brinquedos:  $p=0,4863$ , explicou que o comportamento é errado:  $p=0,1864$ , levantou a voz:  $p=0,8922$ , espancou:  $p=0,5931$ ).

#### 4.4.6 Educação

Em Moçambique, a educação na primeira infância, ou ensino pré-primário, começa já aos 2 anos de idade, e as crianças tipicamente iniciam o ensino primário aos 6 anos. Perguntou-se aos cuidadores de crianças com 3-4 anos de idade se estavam matriculadas na pré-escola. Os resultados estão apresentados no Quadro 36.

**Quadro 36 Crianças com 3-4 anos de idade matriculadas na pré-escola**

	n	N	%	IC 95%	
				LI	LS
Raparigas	11	267	<b>4,8</b>	1,7	7,8
Rapazes	3	225	<b>1,2</b>	0,0	2,6
<b>Todas as crianças</b>	<b>14</b>	<b>492</b>	<b>3,2</b>	<b>1,4</b>	<b>5,0</b>

Os cuidadores relataram que 3,2% das crianças com 3-4 anos de idade estavam matriculadas na pré-escola.

Os dados de matrícula escolar estão apresentados no Quadro 37. Em Moçambique, as crianças tipicamente começam o ensino primário aos 6 anos e o ensino secundário aos 13 anos. Os dados do inquérito estão apresentados de acordo com estas faixas etárias (6-12 anos para o ensino primário, 13-17 anos para o ensino secundário), assim como as faixas etárias normais de MAR do PEPFAR.

**Quadro 37 Crianças matriculadas na escola**

Faixa etária	Todas as crianças									
	n	N	%	IC 95%						
				LI	LS					
5-9 anos	875	1475	<b>59,5</b>	54,8	64,3					
10-14 anos	1156	1412	<b>82,6</b>	78,7	86,4					
15-17 anos	373	571	<b>63,9</b>	57,2	70,6					
<b>5-17 anos</b>	<b>2404</b>	<b>3458</b>	<b>69,7</b>	<b>66,0</b>	<b>73,3</b>					
<b>Faixas etárias de acordo com os níveis escolares</b>										
6-12 (primário)	1602	2086	<b>77,6</b>	73,1	82,2					
13-17 (secundário) <sup>2</sup>	765	079	<b>70,1</b>	64,9	75,2					
Faixa etária	Raparigas					Rapazes				
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
5-9 anos	432	741	<b>58,9</b>	53,8	64,1	443	734	<b>60,1</b>	54,4	65,8
10-14 anos	588	712	<b>83,1</b>	78,7	87,4	568	700	<b>82,0</b>	77,9	86,1
15-17 anos	177	259	<b>66,8</b>	59,3	74,2	196	312	<b>61,4</b>	52,8	70,0
<b>5-17 anos</b>	<b>1197</b>	<b>1712</b>	<b>70,4</b>	<b>66,42</b>	<b>74,3</b>	<b>1.207</b>	<b>1746</b>	<b>69,0</b>	<b>65,0</b>	<b>73,0</b>
<b>Faixas etárias de acordo com os níveis escolares</b>										
6-12 (primário)	791	1023	<b>77,9</b>	73,0	82,9	811	1063	<b>77,3</b>	72,5	82,1
13-17 (secundário)	386	522	<b>73,4</b>	68,4	78,4	379	557	<b>66,8</b>	60,1	73,6

Mais dois terços (69,7%) das crianças com 5-17 anos de idade estavam matriculadas na escola na ocasião do inquérito. A matrícula no ensino primário foi maior do que no ensino secundário (77,6% v. 70,1%, respectivamente  $p=0,0178$ ). A matrícula escolar varia consideravelmente com a faixa etária ( $p<0,001$ ), mas não com o sexo ( $p=0,3807$ ). A probabilidade de estarem matriculadas na escola foi maior entre as crianças na faixa etária de 10-14-anos do que nas outras faixas etárias.

<sup>2</sup> É importante observar que nem todas as crianças nesta faixa etária haviam progredido para o ensino secundário. Cerca de um quarto de todas as crianças estavam atrasadas de acordo com estas faixas etárias.

### Percentagem das crianças com frequência escolar regular (IEI de MAR CW.11)

Os dados sobre a frequência escolar regular, medida como proporção de todas as crianças que não se ausentaram nenhum dia na semana escolar anterior, estão apresentados no Quadro 38.

**Quadro 38 Crianças com frequência escolar regular**

Faixa etária	Todas as crianças									
	n	N	%	IC 95%						
				LI	LS					
5-9 anos	723	1475	<b>49,4</b>	44,4	54,3					
10-14 anos	926	1412	<b>66,4</b>	61,6	71,2					
15-17 anos	303	571	<b>51,7</b>	45,0	58,4					
<b>5-17 anos</b>	<b>1952</b>	<b>3458</b>	<b>56,7</b>	<b>52,9</b>	<b>60,5</b>					
<b>Faixas etárias de acordo com os níveis escolares</b>										
6-12 (primário)	1310	2086	<b>63,7</b>	59,0	68,5					
13-17 (secundário)	611	1079	<b>56,1</b>	50,4	61,7					
Faixa etária	Raparigas					Rapazes				
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
5-9 anos	361	741	<b>49,3</b>	43,3	55,2	362	734	<b>49,5</b>	43,9	55,1
10-14 anos	467	712	<b>67,1</b>	61,5	72,7	459	700	<b>65,7</b>	60,1	71,3
15-17 anos	139	259	<b>52,8</b>	43,5	62,1	164	312	<b>50,7</b>	42,1	59,3
<b>5-17 anos</b>	<b>967</b>	<b>1712</b>	<b>57,3</b>	<b>52,9</b>	<b>61,7</b>	<b>985</b>	<b>1746</b>	<b>56,1</b>	<b>51,6</b>	<b>60,6</b>
<b>Faixas etárias de acordo com os níveis escolares</b>										
6-12 (primário)	649	1023	<b>64,7</b>	58,7	70,7	661	1063	<b>62,8</b>	58,0	67,6
13-17 (secundário)	300	522	<b>57,5</b>	50,3	64,6	311	557	<b>54,7</b>	53,6	55,8

Mais da metade de todas as crianças com 5-17 anos de idade (56,7%) estavam matriculadas na escola e com frequência regular, sem diferenças estatísticas detectadas por sexo ( $p=0,5895$ ). A probabilidade de estarem matriculadas na escola e com frequência regular foi maior entre as crianças na faixa etária de 10-14-anos do que nas outras faixas etárias ( $p<0,001$ ). Menos da metade das crianças com 5-9 anos de idade estavam matriculadas e com frequência escolar regular (49,4%). Contudo, essa percentagem aumenta para 58,5% quando excluimos da análise as crianças de 5 anos (que possivelmente ainda não estão a frequentar a escola, pois a idade inicial mais típica é de 6 anos). Quando excluimos da análise as crianças não matriculadas na escola, constatamos que 81,4% têm frequência regular, com poucas diferenças entre faixas etárias ou sexos.

Percentagem das crianças que progrediram na escola no ano anterior (IEI de MAR CW.12)

Os dados sobre a percentagem das crianças que progrediram na escola desde o ano escolar anterior, segundo os relatos, medidos com base na passagem de ano escolar, estão apresentados no Quadro 39. O denominador inclui crianças matriculadas na escola durante o ano escolar anterior.

**Quadro 39 Crianças que progrediram na escola no ano anterior (dentre as matriculadas no ano anterior)**

Faixa etária	Todas as crianças									
	n	N	%	IC 95%						
				LI	LS					
5-9 anos	472	662	<b>71,6</b>	65,9	77,3					
10-14 anos	928	1226	<b>77,2</b>	73,5	80,9					
15-17 anos	288	438	<b>66,7</b>	61,6	71,9					
<b>5-17 anos</b>	<b>1688</b>	<b>2326</b>	<b>73,6</b>	<b>70,4</b>	<b>76,8</b>					
<b>Faixas etárias de acordo com os níveis escolares</b>										
6-12 (primário)	1068	1433	<b>75,9</b>	72,3	79,5					
13-17 (secundário)	615	886	<b>70,1</b>	65,7	74,5					
Faixa etária	Raparigas					Rapazes				
	n	N	%	IC 95%		n	N	%	IC 95%	
				LI	LS				LI	LS
5-9 anos	235	328	<b>73,3</b>	68,1	81,9	237	334	<b>69,9</b>	62,0	77,9
10-14 anos	481	629	<b>78,2</b>	73,8	82,6	447	597	<b>76,2</b>	72,0	80,3
15-17 anos	143	211	<b>68,2</b>	60,6	75,8	145	227	<b>65,3</b>	58,9	71,7
<b>5-17 anos</b>	<b>859</b>	<b>1168</b>	<b>75,0</b>	<b>71,2</b>	<b>78,8</b>	<b>829</b>	<b>1158</b>	<b>72,2</b>	<b>68,6</b>	<b>75,8</b>
<b>Faixas etárias de acordo com os níveis escolares</b>										
6-12 (primário)	537	717	<b>76,8</b>	72,7	80,8	531	716	<b>75,1</b>	70,7	79,4
13-17 (secundário)	319	446	<b>72,5</b>	66,5	78,4	296	440	<b>67,5</b>	63,1	71,9

Em termos gerais, relatou-se que 73,6% das crianças com 5-17 anos de idade haviam progredido na escola, sem diferenças estatísticas detectadas por sexo ( $p=0,1364$ ). Mas detectaram-se por faixa etária, com maior probabilidade de crianças com 10-14 anos de idade progredir na escola do que crianças em outras faixas etárias ( $p=0,0016$ ). A progressão da faixa etária mais jovem continua inalterado quando se excluem crianças de 5 anos de idade.

## 5. DISCUSSÃO

Recolhemos informações de 1.250 cuidadores sobre 4.491 crianças. O inquérito teve uma alta taxa de resposta (86,8%). Os indicadores recolhidos no inquérito, incluindo os nove indicadores essenciais do inquérito de MAR do PEPFAR para COV, oferecem uma ideia do bem-estar das crianças e agregados familiares servidos pelo projecto em meados de 2017. As constatações iluminam as necessidades da população de beneficiários e serão utilizadas para informar as decisões de gestão do programa. É importante observar que o projecto estava a ser implementado há vários meses na ocasião da recolha dos dados. Os dados representam a situação dos beneficiários em Setembro de 2017.

No tocante à **saúde das crianças**, 14,3% das crianças, segundo os relatos, estavam doentes demais para participar em actividades diárias em algum momento durante as duas semanas antes do inquérito. A probabilidade de os cuidadores relatarem uma doença recente foi maior para crianças menores de 5 anos. Embora não haja referência para comparar estes números para avaliar a gravidade do problema para crianças com 0-17 anos de idade, a constatação justifica uma examinação mais minuciosa das causas da doença e possíveis intervenções. Nesta população de beneficiários afectados pelo HIV, as altas incidências de doença certamente podem estar relacionadas com o SIDA, a tuberculose e infecções oportunistas. A malária também é altamente prevalente em Moçambique, afectando 40% das crianças menores de 5 anos (MISAU, INE e ICF, 2015).

Os cuidadores relataram “**Estado serológico do HIV conhecido**” para um terço (35,2%) das crianças. Dois terços dos cuidadores auto-relataram que fizeram o teste de HIV nos 12 meses antes do inquérito e que receberam os resultados do seu último teste, sendo que a probabilidade de relatarem que fizeram o teste e receberam os resultados foi maior entre as mulheres. Essa percentagem é um pouco maior do que a relatada no estudo do *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA* (IMASIDA) de 2015, que constatou que 58,3% das mulheres e 38% dos homens haviam feito o teste e recebido os resultados do seu último teste (MISAU, INE e ICF, 2015). No inquérito do COVida, a probabilidade dos cuidadores rurais relatarem que fizeram o teste e receberam os resultados foi maior em comparação com os cuidadores urbanos (75,8% v. 62,7%), o oposto do que foi documentado no estudo do IMASIDA. Estas constatações sublinham o papel crítico do COVida em ligar crianças e cuidadores em risco com serviços de teste do HIV. Uma parcela dos cuidadores (16%) relatou que alguém do agregado familiar já havia sido encaminhado para uma unidade sanitária pelo COVida, sugerindo que este trabalho está a ser realizado.

**Constatou-se que 3% das crianças com 6–59 meses de idade estavam** desnutridas com base numa medida de CB inferior a 125mm (o limiar padrão para desnutrição grave é <115mm).<sup>3</sup> O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011 constatou que 6% das crianças menores de 5 anos estavam definhadas<sup>4</sup>—2% em estado muito grave (MISAU, INE e ICFI, 2011)—em linha com as estimativas deste estudo. É importante destacar a constatação de que 10,4% das crianças com 6-11 meses de idade estavam desnutridas. O IDS relata uma prevalência similar de definhamento entre crianças nesta faixa etária (MISAU, INE e ICFI, 2011). Há um apelo na comunidade global para que os limiares de CB sejam específicos ao sexo e à idade (6-23 meses, 2-4 anos) com o objectivo de melhor prever a desnutrição (Fiorentino et al., 2016).

Os cuidadores relataram que 68,3% das crianças tinham **certidões de nascimento**, mas foram vistas as certidões de nascimento de apenas 43,6% das crianças (34,7% das crianças menores de 5 anos). Estes dados estão em linha com o IDS mais recente, o qual constatou que 38% das crianças com menos de 5 anos de idade tinham a certidão de nascimento em mãos (MISAU, INE e ICF, 2015). A posse das certidões de nascimento foi mais alta na faixa etária de 10–14 anos, chegando a 50,7%. Como é preciso ter prova de registo de nascimento para fazer exames escolares a partir do 2º ano, esta constatação não surpreende. O governo, juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e outras instituições, recentemente empreendeu esforços significativos para disponibilizar mais pontos de registo de nascimento. O COVida pode ajudar com o último passo—apoiando o registo de crianças de difícil acesso.

O inquérito incluiu dois indicadores representativos do **desenvolvimento na primeira infância**: participação em actividades estimulantes e matrícula na pré-escola. O inquérito constatou que três quartos (75,4%) das crianças recentemente tinham participado em actividades estimulantes com um membro do agregado familiar com pelo menos 15 anos de idade. A actividade relatada com mais frequência foi brincar (67,2%), seguida de cantar músicas (45,1%). As actividades relatadas com menos frequência foram ler ou folhear livros ilustrados (7,8%), contar histórias (13,9%) e identificar e contar (16,1%). As baixas taxas de leitura de livros não surpreendem em vista do baixo nível de alfabetização dos cuidadores (segundo o IDS de 2011, apenas 40% das mulheres e 68% dos homens

---

<sup>3</sup> Observe-se que a CB mede a subnutrição *aguda* e que a sua aplicação mais comum é no contexto de epidemias de fome. Portanto, espera-se uma baixa taxa de subnutrição entre crianças de 0-4 anos de idade, medida pela CB. Contudo, esta medida não abrange a subnutrição *crónica*, que é significativa em Moçambique e, provavelmente em decorrência, na população de beneficiários do COVida.

<sup>4</sup> A CB não é recolhida no IDS. Contudo, o peso por altura, ou definhamento, é outra medida de desnutrição aguda – embora o peso por altura e a CB não identifiquem necessariamente as mesmas pessoas como desnutridas, sobretudo entre crianças com 2-4 anos de idade (Tadesse et al., 2017).

são alfabetizados); contudo, o projecto está bem posicionado para educar os cuidadores sobre a importância de estimular as crianças com histórias, contagem, etc.

O estudo avaliou a matrícula na pré-escola entre crianças com 3-4 anos de idade, constatando que apenas uma fracção muito pequena (3,2%) estava matriculada e confirmando os dados divulgados por outras fontes (UNICEF, 2014a). Esta constatação está em linha com outras estimativas—um estudo realizado pelo Banco Mundial em 2011 constatou que apenas 4% das crianças moçambicanas estavam matriculadas na pré-escola e que estas crianças geralmente eram de agregados familiares afluentes que viviam nas zonas urbanas (Martinez, Naudau e Pereira, 2012). Os estudos realizados em Moçambique e outros países têm demonstrado o papel da pré-escola no desenvolvimento infantil, incluindo a capacidade cognitiva, a coordenação motora fina e o desenvolvimento sócio-económico (mas não a linguagem), que podem afectar a prontidão escolar e a matrícula no ensino primário (Martinez, Naudau e Pereira, 2012). Os efeitos a longo prazo da falta de estimulação na primeira infância certamente estão bem documentados (por ex., Naudau et al., 2010). O COVida está solidamente posicionado para estender o alcance das intervenções de desenvolvimento na primeira infância, desde que continue a ser um foco da programação.

Este estudo avaliou três indicadores de **educação** entre crianças com 5-17 anos de idade: matrícula, frequência regular e progressão, assim como as atitudes dos cuidadores acerca da importância da educação. Relatou-se que pouco menos de 70% (69,7%) das crianças estavam matriculadas na escola (77,6% das crianças em idade de ensino primário e 70,1% das crianças em idade de ensino secundário). É interessante observar que a probabilidade das raparigas em idade de ensino secundário estarem matriculadas era maior em comparação com os rapazes. As taxas de matrícula entre crianças em idade de ensino primário servidas pelo COVida eram quase exactamente as mesmas citadas no IDS de 2011, porém ligeiramente maiores entre crianças em idade de ensino secundário (MISAU, INE e ICFI, 2011).

Apenas 56,7% de todas as crianças entrevistadas estavam a frequentar a escola regularmente (63,7% das crianças em idade de ensino primário e 56,1% das crianças em idade de ensino secundário). Perguntou-se directamente aos jovens com 12-17 anos de idade sobre por que não estavam a frequentar a escola regularmente (relatório a ser divulgado em breve); a resposta mais comum foi doença, incluindo a menstruação. Esta constatação sublinha o papel importante que programas para COV, incluindo o COVida, podem ter na remoção de obstáculos à frequência escolar para raparigas e rapazes.



Três quartos (73,6%) das crianças com 5–17 anos de idade matriculadas na escola durante o ano do inquérito e no ano anterior relataram que estavam a progredir na escola (75,9% das crianças em idade de ensino primário e 70,1% das crianças em idade de ensino secundário). A probabilidade de progressão das raparigas era ligeiramente maior em comparação com os rapazes: 75,0% v. 72,2%. É importante observar que os dados sobre progressão são, na melhor das hipóteses, uma indicação do desempenho escolar. O sistema educativo moçambicano requer que os alunos passem exames em várias alturas do seu estudo, mas vários estudos recentes documentaram quedas nas taxas de aprovação em ambos os níveis primário e secundário (Visser, 2013; Raupp, Newman e Revés, 2013; Adelman, Shuh Moore e Manji, 2011). O aumento da cobertura pré-escolar poderá melhorar o desempenho em anos posteriores e contribuir para uma progressão real. Intervenções para melhorar a qualidade do ensino também ajudariam.

Os cuidadores, a nível quase universal, apoiaram a participação tanto de rapazes como de raparigas no ensino primário e secundário, embora quase um quarto (23,4%) relataram que era mais importante os rapazes estudarem. Confrontar as atitudes dos cuidadores acerca da educação das raparigas por meio de diálogos comunitários e outros programas de sensibilização pode reduzir o número de desistentes e melhorar as taxas de frequência regular entre as raparigas no decorrer do tempo.

Dois terços (67,6%) dos cuidadores puderam mencionar pelo menos três direitos da criança, incluindo o direito à educação, sendo que cuidadores mais jovens do sexo masculino e moradores urbanos estavam melhor informados. Não obstante o maior apoio à concretização dos direitos da criança, as práticas em Moçambique continuam discordantes dos compromissos internacionais, como constatado no segundo exame periódico universal realizado pela ONU em 2016. Por exemplo, falta avanço em igualdade de género, as taxas de trabalho infantil causam preocupação, e o abuso infantil e a exploração sexual persistem, incluindo nas escolas. Se a população tiver conhecimento dos seus direitos, e dos direitos dos seus filhos, poderão exercer pressão sobre o governo e organizações não governamentais para que cumpram com as suas obrigações.

Cerca de 13% dos cuidadores aceitavam o casamento prematuro (antes dos 18 anos de idade). Contudo, as taxas de casamento infantil em Moçambique são extremamente elevadas: Dentre as raparigas, 49% casam-se antes de completarem 18 anos de idade (MISAU, INE e ICF, 2015). Uma explicação para esta discrepância poderia ser que os cuidadores não querem continuar a prática do casamento prematuro, mas não vêem alternativas, e/ou simplesmente que as respostas dos cuidadores estavam influenciadas pelo viés do que é socialmente desejável. O casamento infantil

está associado a uma probabilidade maior de desistência do ensino primário e uma probabilidade menor de ingressar no ensino secundário, assim como à gravidez na adolescência, a qual, por sua vez, está associada aos precários resultados de saúde materna e infantil (UNICEF e UNFPA, 2015). Os factores que levam ao casamento infantil são complexos – incluindo a gravidez precoce, mas também a pobreza e as normas culturais. As intervenções destinadas a lidar com estes factores também reduzirão as taxas de casamento infantil.

Como indicador da **violência**, o inquérito perguntou aos cuidadores se concordavam que o castigo físico de uma criança é uma forma adequada de disciplina em casa ou na escola. Pouco mais de 15% (15,7%) dos cuidadores concordaram que a violência era aceitável em casa ou na escola, sendo que menos cuidadores concordaram que a violência é aceitável em casa em comparação com na escola (7,6% v. 13,8%, respectivamente). Os dados sobre a prevalência da violência contra crianças e as atitudes dos cuidadores são limitados; contudo, a violência contra raparigas em contextos escolares é ampla (ActionAid, 2013). Campanhas de sensibilização tanto de cuidadores como de professores relativamente aos efeitos da violência (tais como a lançada este ano pela World Vision em Moçambique), combinadas com um sistema mais robusto de denúncia (o governo está a fazer avanços nesta área) e a aplicação regular de medidas punitivas aos perpetradores, ajudarão a proteger as crianças. Contudo, mudar as atitudes culturais relativas à violência é sempre um processo longo e complexo. Este estudo constatou que os cuidadores do sexo feminino aceitavam ligeiramente mais o castigo físico severo das crianças em comparação com os cuidadores do sexo masculino, sugerindo que o castigo da criança também pode estar ligado a papéis de género. Este resultado não coincide com outros estudos nos quais as crianças mencionam as mães como os perpetradores de violência física mais frequentes (UNICEF, 2014b).

Pedi-se aos cuidadores que descrevessem as suas práticas de disciplina infantil em resposta a diferentes cenários hipotéticos: a criança despeja água, a criança bate em outra criança, etc. A vasta maioria dos cuidadores respondeu que explicariam à criança por que o seu comportamento é errado, em vez de levantar a voz ou espancar a criança caso qualquer destes cenários ocorra. Da mesma forma, quando perguntados se haviam utilizado diferentes métodos de disciplina infantil com as crianças sob o seu cuidado, muito poucos relataram que utilizam métodos disciplinares violentos. Isto contradiz evidências anteriores fornecidas por Clacherty e colegas (2009), que indicam taxas muito maiores de disciplina violenta. O inquérito sobre violência contra crianças (VACS), que terá início em breve, fornecerá informações mais detalhadas. Entretanto, é essencial continuar as intervenções estruturais para mudar as normas relativas à violência, sobretudo a violência baseada na escola e o castigo físico. A prática do castigo físico cria um ambiente geral para

a violência baseada na escola, que pode produzir resultados educacionais inadequados (UNESCO, 2015), assim como a prática da violência em idade adulta (Kleynhans, 2010). É importante observar que, durante o Exame Periódico Universal de Moçambique em 2016, o país comprometeu-se a proibir todas as formas de castigo físico das crianças.

Para avaliar a **resiliência económica dos agregados familiares**, os entrevistadores perguntaram aos cuidadores se os seus agregados familiares haviam incorrido em qualquer despesa familiar inesperada nos 12 meses anteriores e, em caso afirmativo, se tiveram acesso a dinheiro para pagar pela despesa. Quase metade (46,3%) dos cuidadores relataram que tiveram acesso a dinheiro para despesas inesperadas recentes, sendo que os cuidadores rurais relataram ter acesso a dinheiro com mais frequência. Com efeito, mais da metade da população de Moçambique (56%) vive abaixo da linha internacional da pobreza (UNICEF, n.d.). Esta constatação indica uma clara oportunidade de ligar cuidadores, sobretudo cuidadores do sexo feminino, a intervenções de reforço económico, tais como grupos de poupança comunitários (apenas 11,4% dos cuidadores relataram que alguém do agregado familiar actualmente fazia parte de um grupo de poupança comunitário) e esquemas de protecção social, tais como o programa de transferência de renda do governo.

A prevalência de choques económicos na população do inquérito é elevada – quase todos (93,9%) os cuidadores relataram que os seus agregados familiares sofreram pelo menos um choque económico nos 12 meses antes do inquérito, e três quartos (77,4%) tiveram pelo menos duas nesse período. Quatro quintos (79,6%) dos cuidadores relataram um aumento nos preços dos alimentos, quase metade (44,5%) relataram uma cultura menor do que esperavam, e um quarto (23,5%) relataram uma queda nas vendas das suas culturas, gado ou diversidade nos 12 meses anteriores. Estas constatações podem indicar o início de uma crise alimentar aguda entre a população. Para além disto, um quarto (25,3%) dos cuidadores indicaram que um membro do agregado familiar havia morrido nos 12 meses antes do inquérito. Mortes no agregado familiar impõem uma carga emocional, social e financeira sobre os agregados familiares, incluindo os custos do funeral e a perda de rendimento familiar. Um terço dos agregados familiares indicaram que os seus agregados familiares foram afectados por um insucesso em negócios durante o ano, sublinhando a importância de capacitar membros de grupos de poupança e crédito comunitários em competências comerciais.

Este estudo avaliou o bem-estar psicossocial dos cuidadores utilizando a Escada de Cantril (Cantril, 1965), que pede aos participantes que avaliem a sua situação actual na vida. Em seguida, os participantes são categorizados como “a prosperar”, “com dificuldades” ou “a sofrer”. Foram poucos os cuidadores categorizados como “a prosperar”; a maioria (86,6%) foi categorizada como “a sofrer”. As constatações não surpreendem – as respostas à Escada de Cantril estão amplamente

correlacionadas com o rendimento (Deaton, 2008), e a população investigada neste estudo é de uma faixa de rendimento extremamente baixo. Também foi avaliada a esperança dos cuidadores, e os resultados foram encorajantes: a maioria dos cuidadores (55,6%) relatou que acreditava que as suas vidas melhorariam no ano seguinte. A esperança está ligada à motivação para melhorar a vida, assim como vários comportamentos de prevenção e cuidado do HIV (Abler et al., 2017).

Os métodos têm várias **limitações**—as mais significativas são:

- Os dados sobre as crianças foram relatados pelos cuidadores, não as crianças, e, portanto, podem conter imprecisões e vieses relativos ao bem-estar efectivo das crianças.
- Houve compromissos em relação ao tamanho da amostra para conter os custos do inquérito, o que limitou a precisão das estimativas dos indicadores e a capacidade estatística para comparações entre os subgrupos.
- Várias das medidas utilizadas estão sujeitas ao viés da deseabilidade social, como, por exemplo, as práticas de disciplina infantil, as atitudes relativas à educação e o casamento na primeira infância. Ou seja, as constatações podem indicar uma situação mais positiva do que a realidade. Ainda assim, estas são medidas úteis de bem-estar utilizadas em inquéritos nacionais, incluindo muitas nos Inquéritos Demográficos e de Saúde, que são de qualidade elevada.

Há que se observar, também, que os resultados não podem ser generalizados para além da população de beneficiários do projecto, pois a amostra foi seleccionada apenas dentre os beneficiários do projecto.

Não obstante estas limitações, o inquérito produziu dados que atendem às exigências de relatórios sobre COV da PEPFAR e forneceu informações valiosas sobre a situação de bem-estar dos beneficiários do projecto. Os resultados desta primeira volta de recolha de dados servem também como referência para acompanhar as mudanças no decorrer do tempo na próxima volta de recolha de dados, planeada para 2019.

## 6. RECOMENDAÇÕES

A seguir apresentam-se recomendações programáticas para o estudo:

- Para melhorar os indicadores de saúde (e frequência escolar), continuar a avaliar a saúde e o risco de HIV entre as crianças e os seus cuidadores utilizando os protocolos padrões. Ligar crianças e cuidadores em risco, incluindo homens, a serviços de teste de HIV e, caso identificados como seropositivos, a serviços de cuidado e tratamento do HIV. Ligar crianças e outros familiares que não estejam bem de saúde a uma unidade sanitária, acompanhando-os quando possível.
- Continuar a tomar medidas de CB entre crianças com 6-59 meses de idade para identificar crianças com desnutrição aguda, imediatamente encaminhando os casos de desnutrição aguda a uma unidade sanitária. Prestar aconselhamento nutricional aos cuidadores durante as visitas domiciliares.
- Enfrentar as elevadas taxas de pobreza (e desistência escolar) mobilizando e apoiando a participação de cuidadores e adolescentes em grupos de poupança comunitários, incluindo nas zonas urbanas. Apoiar os agregados familiares que precisam de obter certificados de pobreza, apoio de protecção social do Instituto Nacional de Acção Social e mobilizar os agregados familiares para criar/melhorar hortas residenciais e utilizar alimentos nutritivos disponíveis localmente.
- Para melhorar as taxas de frequência e progressão escolar, incentivar os cuidadores a acompanhar atentamente o desempenho escolar das crianças, melhorar o acesso a materiais escolares e uniformes (por meio do programa “Apoio Directo às Escolas”, da participação em grupos de poupança comunitários ou outros meios) e trabalhar com os agregados familiares para reduzir outros obstáculos à educação, tais como má saúde ou falta de documentos de identidade. Salientar a importância da frequência escolar, incluindo a retenção de raparigas no ensino secundário. Recomendamos que o governo e os doadores aumentem o financiamento de apoio a alunos que enfrentam obstáculos financeiros à frequência.
- Apoiar o registo de nascimentos acompanhando os agregados familiares até aos locais de registo e ligando os agregados familiares às campanhas nacionais de registo de nascimento. Ajudar os agregados familiares a obter um certificado de pobreza, quando necessário, ajudá-las a obter isenções de multas por atraso de registo de nascimento, assim como trabalhar e coordenar com serviços notariais distritais e com a UNICEF.
- Apoiar o estabelecimento de grupos comunitários de crianças com o objectivo de melhorar os indicadores de desenvolvimento na primeira infância. Durante as visitas domiciliares,

sensibilizar os cuidadores sobre os benefícios de estimular as crianças com 0-4 anos de idade, sobretudo as expostas ao HIV.

- Para suprir as deficiências em direitos humanos: sensibilizar os cuidadores sobre a disciplina infantil; a importância da educação (sobretudo para as raparigas); as consequências negativas do casamento prematuro; e os direitos da criança durante as visitas domiciliares e por meio de diálogos comunitários ou métodos similares. Envolver os jovens em discussões sobre casamento prematuro, violência e direitos humanos. Capacitar activistas comunitários para apoiar os direitos da criança.

## REFERÊNCIAS

- Abler, L., Hill, L., Maman, S., DeVellis, R., Twine, R., Kahn, K., MacPhail, C., Pettifor, A. (2017). Hope Matters: Developing and Validating a Measure of Future Expectations Among Young Women in a High HIV Prevalence Setting in Rural South Africa (HPTN 068). *AIDS Behav*, 21(7): 2156–2166.
- ActionAid. (2013). *Stop violence against girls in school: A cross-country analysis of change in Ghana, Kenya and Mozambique*. Londres, Reino Unido: ActionAid. Extraído de <http://www.actionaid.org/publications/stop-violence-against-girls-school-cross-country-analysis-change-ghana-kenya-and>
- Adelman, E., Shuh Moore, A. M. e Manji, S. (2011). *Using opportunity to learn and early grade reading fluency to measure school effectiveness in Mozambique, case study*. Washington, DC, EUA: EQUIP2: Educational Policy, Systems Development, and Management. Extraído de <https://www.epdc.org/sites/default/files/documents/EQUIP2%20OTL%20Book.pdf>
- Brown e Winberg. (2013). *Relatório de Análise da Protecção Alternativa das Crianças em Moçambique*. Maputo, Moçambique: Ministério do Género, Criança e Acção Social/Fundo das Nações Unidas para a Infância.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Clacherty, G., Donald, D. e Clacherty, A. (2009). *Children's Experiences of Punishment in Mozambique*. Pretória: Save the Children Suécia.
- Deaton, A. (2008). Income, Aging, Health and Wellbeing Around the World: Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic Perspectives*, 22, 53-72.
- Florentino, M., Sophonneary, P., Laillou, A., Whitney, S., de Groot, R., Perignon, M., Kuong, K., Berger, J., Wieringa, F.T. (2016). Current MUAC Cut-Offs to Screen for Acute Malnutrition Need to Be Adapted to Gender and Age: The Example of Cambodia. *PLoS One*, 11:(2): e0146442.
- Kleynhans, D. (2010). *Ending Corporal Punishment of Children in Mozambique*. Pretória: Save the Children Suécia.
- Martinez, S., Naudau, S. e Pereira, V. (2012). *The promise of preschool in Africa: a randomized impact evaluation of early childhood development in rural Mozambique*. Maputo, Moçambique: Banco Mundial.
- MEASURE Evaluation. (2014). *Collecting PEPFAR essential survey indicators: a supplement to the OVC survey tools*. Chapel Hill, NC, EUA: MEASURE Evaluation. Extraído de <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-14-90>.
- Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF. (2015). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015*. Maputo, Moçambique Rockville, MD, EUA: INS, INE e ICF. Extraído de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR75/PR75.pdf>

Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). (2011). Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique 2011. Calverton, Maryland, EUA: MISAU, INE e ICFI. Extraído de <https://dhsprogram.com/publications/publication-FR266-DHS-Final-Reports.cfm>

Naudeau, S., Kataoka, N., Valerio, A., Neuman, M., Elder, J. e Leslie K. (2010). *Investing in young children: An early childhood development guide for policy dialogue and project preparation*. Washington, DC, EUA: Banco Mundial. Extraído de <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2525>

Raupp, M., Newman, B. e Revés, L. (2013). *Impact evaluation for the USAID/Aprender a ler project in Mozambique, baseline report*. Washington, DC, EUA: International Business and Technical Consultants, Inc. Retrieved from [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JDZT.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JDZT.pdf)

Save the Children. (2017). *Stolen childhoods, end of childhood report 2017—main report*. Londres, Reino Unido: Save the Children. Extraído de <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/stolen-childhoods-end-childhood-report-2017>

Sherr, L. e Zoll, M. (Maio 2011). *PEPFAR OVC evaluation: How good at doing good?* (Report No. 11-01-439). Washington, DC, EUA: Global Health Technical Assistance Project. Extraído de <http://www.miriamzoll.net/documents/USAID-PEPFAR%20OVC%20Eval.pdf>.

Tadesse, A.W., Tadesse, E., Berhane, Y., Ekström, E. (2017). Comparison of Mid-Upper Arm Circumference and Weight-for-Height to Diagnose Severe Acute Malnutrition: A Study in Southern Ethiopia. *Nutrients*, 9(3): 267.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA). (2015). *Child Marriage and Adolescent Pregnancy in Mozambique: Causes and Impact*. Maputo, Moçambique: UNICEF.

Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF). (2014a). *Situation analysis of children in Mozambique*. Maputo, Moçambique: UNICEF. Extraído de <http://www.unicef.org/mz/en/the-situation-analysis-of-children-in-mozambique-2014/>

Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF). (2014b). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. Nova Iorque, NY, EUA: UNICEF. Extraído de [http://files.unicef.org/publications/files/Hidden\\_in\\_plain\\_sight\\_statistical\\_analysis\\_EN\\_3\\_Sept\\_2014.pdf](http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf).

Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF). (n.d.). *Country statistics: Mozambique*. Nova Iorque, NY, EUA: UNICEF. Extraído de [https://www.unicef.org/infobycountry/mozambique\\_statistics.html#119](https://www.unicef.org/infobycountry/mozambique_statistics.html#119).

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (2016). *Human Development Report*. Nova Iorque, NY: PNUD.



Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). (2015). *School-related gender-based violence is preventing the achievement of quality education for all: Policy paper 17*. Nova Iorque, EUA: Education for All Global Monitoring Report, UNESCO and the United Nations Girls' Education Initiative.

Visser, M. (2013). *Report on demand and supply side barriers to education in Mozambique*. Oxford, Reino Unido: Oxford Policy Management.

Banco Mundial. (2014). Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15–19). Washington, DC, EUA: Banco Mundial. Extraído de <http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>.

## Apêndice 1: Indicadores para crianças com 0-4 anos de idade

Foram recolhidos indicadores adicionais especificamente entre crianças com 0-4 anos de idade. Os resultados estão apresentados aqui.

### Desenvolvimento da primeira infância: Envolvimento em actividades estimulantes

Perguntou-se aos cuidadores se as crianças menores de 5 anos sob o seu cuidado tinham participado em actividades estimulantes nos três dias anteriores, com o cuidador ou outro membro do agregado familiar com mais de 15 anos de idade. As actividades estimulantes mencionadas foram ler livros, folhear livros ilustrados, contar histórias, cantar músicas ou canções de embalar, brincar com a criança ou identificar, contar ou desenhar. Os resultados estão apresentados no Quadro 33 do relatório principal. Aqui apresentamos os dados sobre a proporção das crianças que participaram em pelo menos quatro actividades estimulantes nos 3 dias anteriores: ver o Quadro A1.

#### Quadro A1 Crianças < 5 anos no agregado familiar que recentemente participaram em pelo menos 4 actividades estimulantes com um membro do agregado familiar com mais de 15 anos de idade

Faixa etária	Todas as crianças (N=1028)				Raparigas (N=509)				Rapazes (N=519)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	8,6	(1,9, 15,3)	6	64	3,2	(0,0, 8,2)	2	35	16,1	(16,1, 16,1)	4	29
6-11 meses	11,3	(5,3, 17,4)	8	61	20,3	(9,2, 31,4)	7	32	1,2	(1,2, 1,2)	1	29
12-23 meses	15,3	(10,7, 20,0)	37	206	13	(5,8, 20,1)	13	92	17,6	(11,8, 23,3)	24	114
2-4 anos	14,0	(11,4, 16,6)	112	697	14,6	(10,8, 18,4)	58	350	13,4	(9,8, 17,1)	54	347
<b>Todas</b>	<b>13,8</b>	<b>(11,7, 15,9)</b>	<b>163</b>	<b>1028</b>	<b>13,9</b>	<b>(10,8, 17,0)</b>	<b>80</b>	<b>509</b>	<b>13,7</b>	<b>(10,8, 16,7)</b>	<b>83</b>	<b>519</b>

Por sexo:  $p=0,9340$ , por idade  $p=0,4343$

Dentre todas as crianças, 14% participaram em pelo menos quatro actividades estimulantes nos 3 dias anteriores sem diferenças por faixa etária ou sexo. O Quadro A2 relata a percentagem das crianças <5 no agregado familiar que recentemente participaram em pelo menos uma actividade estimulante com o pai (entre crianças cujo pai vivia com o agregado familiar). Entre as crianças <5 anos de idade, os pais de 328 viviam com os seus agregados familiares.

**Quadro A2 Crianças < 5 anos no agregado familiar (com a pai a viver com o agregado familiar) que recentemente participaram em pelo menos 1 actividade estimulante com o pai**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1028)				Raparigas (N=509)				Rapazes (N=519)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	21,2	(7,2, 35,2)	6	25	32,3	(15,6, 48,9)	5	13	8,6	(8,6, 8,6)	1	12
6-11 meses	40,7	(21,5, 59,9)	14	32	37,7	(37,7, 37,7)	6	16	43,6	(14,0, 73,2)	8	16
12-23 meses	48,0	(36,8, 59,2)	37	71	55,2	(43,2, 67,1)	18	31	41,1	(27,7, 54,6)	19	40
2-4 anos	31,8	(24,6, 38,9)	61	200	29,1	(20,9, 37,2)	30	109	34,9	(24,7, 45,0)	31	91
<b>Todas</b>	<b>35,7</b>	<b>(30,2, 41,3)</b>	<b>118</b>	<b>328</b>	<b>35,6</b>	<b>(27,7, 43,6)</b>	<b>59</b>	<b>169</b>	<b>35,8</b>	<b>(28,3, 43,4)</b>	<b>59</b>	<b>159</b>

Nota: Por sexo:  $p=0,9773$ , por idade  $p=0,0206$

Um terço (35,7%) das crianças com 0-4 anos de idade com o pai a viver com os seus agregados familiares participaram em pelo menos uma actividade estimulante com o pai nos 3 dias antes do inquérito. Não houve diferenças por sexo, mas a probabilidade mais alta foi de as crianças com 12-23 meses de idade serem estimuladas pelo pai e a probabilidade mais baixa foi de as crianças com 0-5 meses de idade serem estimuladas pelo pai. Perguntou-se aos cuidadores se as crianças brincavam com objectos da casa, incluindo pratos, copos ou potes. Os resultados estão resumidos no Quadro A3.

**Quadro A3 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com objectos da casa**

Item	Todas as crianças (N=1026)				Raparigas (N=508)				Rapazes (N=518)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
Objectos da casa	45,6	(42,3, 48,9)	486	1026	44,2	(39,4, 49,0)	228	508	47,1	(42,5, 51,7)	258	518
Animais domésticos ou de estimação	27,8	(24,9, 30,8)	277	1029	27	(22,8, 31,3)	132	510	28,6	(24,5, 32,8)	145	519
Brinquedos caseiros	68,1	(65,1, 71,2)	705	1021	65,3	(60,9, 69,8)	340	506	71	(66,8, 75,1)	365	515
Objectos da natureza	74,4	(71,4, 77,3)	774	1026	72,5	(68,2, 76,7)	372	509	76,3	(72,2, 80,4)	402	517
Brinquedos de loja	28,3	(25,3, 31,3)	268	1022	29,6	(25,3, 34,0)	137	508	26,9	(22,7, 31,2)	131	514
Livros	2,9	(1,9, 3,9)	36	1023	3,2	(1,7, 4,8)	19	508	2,6	(1,3, 3,8)	17	515

As crianças tendiam a brincar com objectos da natureza, tais como sementes, conchas e pauzinhos (74,4%), seguidos de brinquedos caseiros (68,1%). As crianças tendiam a brincar com menos frequência com livros (2,9%). Não houve diferenças por sexo. Os dados detalhados, por item e por faixa etária, estão apresentados em detalhes nos Quadros A4 a A9.

**Quadro A4 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com objectos da casa**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1026)				Raparigas (N=508)				Rapazes (N=518)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	4,8	(0,0, 11,2)	3	63	1,1	(0,0, 3,5)	1	35	10,1	(2,6, 17,5)	2	28
6-11 meses	25,8	(15,5, 36,2)	15	61	34,5	(19,4, 49,6)	9	32	16,1	(7,7, 24,5)	6	29
12-23 meses	46,3	(39,3, 53,2)	101	207	38,7	(28,7, 48,6)	38	92	53,3	(43,8, 62,7)	63	115
2-4 anos	50,4	(46,4, 54,4)	367	695	50,6	(44,7, 56,4)	180	349	50,3	(44,5, 56,0)	187	346
<b>Todas</b>	<b>45,6</b>	<b>(42,3, 48,9)</b>	<b>486</b>	<b>1026</b>	<b>44,2</b>	<b>(39,4, 49,0)</b>	<b>228</b>	<b>508</b>	<b>47,1</b>	<b>(42,5, 51,7)</b>	<b>258</b>	<b>518</b>

**Quadro A5 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com animais domésticos ou de estimação**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1029)				Raparigas (N=510)				Rapazes (N=519)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	5,5	(0,0, 12,0)	3	63	.				13,4	(6,0, 20,9)	3	28
6-11 meses	7,4	(3,8, 11,0)	6	61	8,6	(3,7, 13,5)	3	32	6,1	(6,1, 6,1)	3	29
12-23 meses	27,5	(21,3, 33,7)	55	207	27,5	(20,0, 35,0)	24	92	27,5	(20,0, 35,0)	31	115
2-4 anos	31,5	(27,8, 35,3)	213	698	31,1	(25,7, 36,6)	105	351	31,9	(26,6, 37,2)	108	347
<b>Todas</b>	<b>27,8</b>	<b>(24,9, 30,8)</b>	<b>277</b>	<b>1029</b>	<b>27</b>	<b>(22,8, 31,3)</b>	<b>132</b>	<b>510</b>	<b>28,6</b>	<b>(24,5, 32,8)</b>	<b>145</b>	<b>519</b>

**Quadro A6 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com brinquedos caseiros**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1021)				Raparigas (N=506)				Rapazes (N=515)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	11	(2,6, 19,4)	8	63	6,5	(2,1, 10,9)	4	35	17,5	(5,8, 29,2)	4	28
6-11 meses	42,7	(31,4, 54,0)	25	59	39,5	(27,5, 51,5)	14	31	46,2	(30,7, 61,7)	11	28
12-23 meses	61,1	(53,7, 68,6)	128	205	60,9	(50,0, 71,8)	58	91	61,3	(51,6, 71,0)	70	114
2-4 anos	76,9	(73,6, 80,3)	544	694	74,4	(69,5, 79,2)	264	349	79,6	(75,0, 84,1)	280	345
Todas	68,1	(65,1, 71,2)	705	1021	65,3	(60,9, 69,8)	340	506	71	(66,8, 75,1)	365	515

**Quadro A7 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com objectos da natureza (sementes, conchas, pedrinhas, pauzinhos)**

Faixa etária (anos)	Todas as crianças (N=1026)				Raparigas (N=509)				Rapazes (N=517)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	7,4	(0,1, 14,8)	4	61	2,8	(2,8, 2,8)	1	35	14,8	(14,8, 14,8)	3	26
6-11 meses	42,4	(30,9, 53,9)	27	60	37,3	(25,9, 48,8)	13	31	47,9	(30,4, 65,5)	14	29
12-23 meses	69,8	(62,5, 77,1)	150	207	67,8	(56,4, 79,2)	64	92	71,6	(63,7, 79,5)	86	115
2-4 anos	83,6	(80,5, 86,7)	593	698	83,3	(79,1, 87,5)	294	351	83,8	(79,2, 88,5)	299	347
Todas	74,4	(71,4, 77,3)	774	1026	72,5	(68,2, 76,7)	372	509	76,3	(72,2, 80,4)	402	517

**Quadro A8 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com brinquedos de loja**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1022)				Raparigas (N=508)				Rapazes (N=514)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	5	(0,0, 11,3)	4	62	3,7	(0,0, 8,1)	3	35	7	(7,0, 7,0)	1	27
6-11 meses	20,4	(12,8, 28,0)	13	60	27,5	(17,3, 37,8)	8	31	12,6	(12,6, 12,6)	5	29
12-23 meses	33	(26,8, 39,3)	59	207	40,2	(30,9, 49,5)	33	92	26,4	(18,6, 34,3)	26	115
2-4 anos	29,4	(25,7, 33,2)	192	693	29,3	(23,9, 34,6)	93	350	29,6	(24,2, 35,1)	99	343
Todas	28,3	(25,3, 31,3)	268	1022	29,6	(25,3, 34,0)	137	508	26,9	(22,7, 31,2)	131	514

**Quadro A9 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com livros**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1023)				Raparigas (N=508)				Rapazes (N=515)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	1,4	(0,0, 4,2)	1	63	0	--	0	35	3,3	(0,0, 10,8)	1	28
6-11 meses	0	--	0	60	0	--	0	31	0	--	0	29
12-23 meses	2,7	(0,5, 4,9)	6	206	3,9	(0,1, 7,8)	4	91	1,6	(0,0, 3,8)	2	115
2-4 anos	3,3	(2,1, 4,6)	29	694	3,6	(1,7, 5,6)	15	351	3	(1,4, 4,7)	14	343
Todas	2,9	(1,9, 3,9)	36	1023	3,2	(1,7, 4,8)	19	508	2,6	(1,3, 3,8)	17	515

Em termos gerais, as crianças mais velhas tendiam a brincar com todos os itens. Calculámos a proporção das crianças que brincam com dois ou mais, três ou mais e quatro ou mais itens. Os dados estão apresentados nos Quadros A10, A11 e A12 abaixo.

**Quadro A10 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com dois ou mais itens**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1033)				Raparigas (N=512)				Rapazes (N=521)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	7,5	(0,4, 14,5)	5	65	3,7	(1,4, 6,0)	2	36	12,9	(5,8, 20,0)	3	29
6-11 meses	47,0	(33,5, 60,5)	31	62	46,3	(34,9, 57,8)	15	32	47,7	(32,7, 62,7)	16	30
12-23 meses	74,1	(67,4, 80,8)	157	207	70,8	(60,4, 81,2)	67	92	77,1	(69,3, 85,0)	90	115
2-4 anos	86,1	(83,4, 88,8)	603	699	84,3	(80,3, 88,2)	295	352	88	(84,2, 91,7)	308	347
Todas	76,8	(74,0, 79,6)	796	1033	74	(70,0, 78,1)	379	512	79,6	(75,9, 83,4)	417	521

Por sexo  $p=0,0904$ , por idade  $p<0,0001$

**Quadro A11 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com três ou mais itens**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1033)				Raparigas (N=512)				Rapazes (N=521)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	5,9	(0,0, 12,2)	4	65	1,1	(0,0, 3,4)	1	36	12,9	(5,8, 20,0)	3	29
6-11 meses	16,5	(7,5, 25,5)	12	62	23,3	(12,4, 34,3)	8	32	9,5	(1,8, 17,2)	4	30
12-23 meses	46,5	(39,1, 53,9)	97	207	44,4	(33,0, 55,9)	42	92	48,5	(39,0, 58,0)	55	115
2-4 anos	56,8	(52,8, 60,7)	415	699	55,3	(49,8, 60,9)	198	352	58,3	(52,6, 63,9)	217	347
Todas	49,3	(46,0, 52,6)	528	1033	47,7	(43,0, 52,4)	249	512	51	(46,3, 55,7)	279	521

Por sexo  $p=0,3555$ , por idade  $p<0,0001$

**Quadro A12 Crianças < 5 anos no agregado familiar que brincam com quatro ou mais itens**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1033)				Raparigas (N=512)				Rapazes (N=521)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	<b>5,3</b>	(0,0, 11,4)	3	65	<b>0</b>	--	0	36	<b>12,9</b>	(5,8, 20,0)	3	29
6-11 meses	<b>5,2</b>	(2,0, 8,4)	4	62	<b>10,3</b>	(5,4, 15,2)	4	32	<b>0</b>	--	0	30
12-23 meses	<b>23,6</b>	(17,5, 29,7)	49	207	<b>24,5</b>	(15,1, 33,9)	22	92	<b>22,8</b>	(15,5, 30,2)	27	115
2-4 anos	<b>28,0</b>	(24,3, 31,7)	199	699	<b>27,4</b>	(22,2, 32,5)	95	352	<b>28,7</b>	(23,4, 34,0)	104	347
Todas	<b>24,4</b>	(21,5, 27,3)	255	1033	<b>24,0</b>	(19,9, 28,1)	121	512	<b>24,9</b>	(20,8, 29,0)	134	521

Por sexo  $p=0,7570$ , por idade  $p=0,0002$

Três quartos (76,8%), metade (49,3%) e um quarto (24,4%) das crianças com 0-4 anos de idade brincam com dois ou mais, três ou mais e quatro ou mais itens, respectivamente. Perguntou-se aos cuidadores se brincavam com os filhos em diferentes ocasiões: durante o banho, a alimentação ou a troca de roupa; no tempo livre; e ao fazer as tarefas domésticas. Os resultados estão resumidos no Quadro A13.

**Quadro A13 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador relata brincar com elas durante diferentes actividades**

Ocasião	Todas as crianças (N=1033)				Raparigas (N=512)				Rapazes (N=521)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
Durante o banho, a alimentação ou a troca de roupa	<b>35,5</b>	(32,3, 38,7)	368	1033	<b>34,9</b>	(30,3, 39,4)	177	512	<b>36,1</b>	(31,7, 40,5)	191	521
No tempo livre	<b>90,4</b>	(88,4, 92,4)	935	1033	<b>90,1</b>	(87,2, 93,0)	463	512	<b>90,7</b>	(88,0, 93,4)	472	521
Ao fazer tarefas	<b>31,4</b>	(28,4, 34,5)	323	1033	<b>30,9</b>	(26,4, 35,3)	154	512	<b>32</b>	(27,8, 36,2)	169	521

Um terço dos cuidadores relatam brincar com os filhos durante o banho, a alimentação ou a troca de roupa (35,5%) e ao fazer tarefas (31,4%). Dentre todos os cuidadores, 90% relatam brincar com os filhos durante o tempo livre. Os resultados completos, por faixa etária, estão apresentados nos Quadros A14-A16.

**Quadro A14 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador relata brincar com eles durante o banho, a alimentação ou a troca de roupa da criança**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1033)				Raparigas (N=512)				Rapazes (N=521)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	<b>54,4</b>	(41,5, 67,3)	31	65	<b>56,2</b>	(39,8, 72,6)	16	36	<b>51,8</b>	(36,8, 66,9)	15	29
6-11 meses	<b>52,4</b>	(37,4, 67,4)	34	62	<b>57,6</b>	(41,0, 74,1)	18	32	<b>47</b>	(31,1, 62,9)	16	30
12-23 meses	<b>43,6</b>	(36,2, 51,0)	92	207	<b>46,5</b>	(36,6, 56,4)	43	92	<b>41</b>	(31,6, 50,3)	49	115
2-4 anos	<b>29,9</b>	(26,4, 33,5)	211	699	<b>27,5</b>	(22,7, 32,3)	100	352	<b>32,5</b>	(27,1, 37,8)	111	347
Todas	<b>35,5</b>	(32,3, 38,7)	368	1033	<b>34,9</b>	(30,3, 39,4)	177	512	<b>36,1</b>	(31,7, 40,5)	191	521

**Quadro A15 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador relata brincar com elas no tempo livre**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1033)				Raparigas (N=512)				Rapazes (N=521)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	<b>69,3</b>	(58,4, 80,1)	48	65	<b>65,7</b>	(50,9, 80,4)	27	36	<b>74,4</b>	(55,8, 93,0)	21	29
6-11 meses	<b>83,7</b>	(72,6, 94,9)	53	62	<b>92,6</b>	(87,7, 97,6)	29	32	<b>74,6</b>	(68,4, 80,7)	24	30
12-23 meses	<b>93,9</b>	(90,5, 97,4)	194	207	<b>94,6</b>	(89,5, 99,6)	87	92	<b>93,4</b>	(88,5, 98,3)	107	115
2-4 anos	<b>91,7</b>	(89,5, 93,9)	640	699	<b>91</b>	(87,6, 94,3)	320	352	<b>92,5</b>	(89,5, 95,6)	320	347
Todas	<b>90,4</b>	(88,4, 92,4)	935	1033	<b>90,1</b>	(87,2, 93,0)	463	512	<b>90,7</b>	(88,0, 93,4)	472	521



**Quadro A16 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador relata brincar com elas ao fazer tarefas domésticas**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1033)				Raparigas (N=512)				Rapazes (N=521)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	<b>43,6</b>	(31,7, 55,5)	26	65	<b>38,9</b>	(22,9, 54,8)	12	36	<b>50,5</b>	(33,7, 67,3)	14	29
6-11 meses	<b>36,5</b>	(25,4, 47,7)	26	62	<b>28,1</b>	(20,4, 35,9)	11	32	<b>45,2</b>	(27,9, 62,6)	15	30
12-23 meses	<b>34,9</b>	(28,2, 41,6)	70	207	<b>37,4</b>	(27,2, 47,6)	33	92	<b>32,6</b>	(25,0, 40,2)	37	115
2-4 anos	<b>28,9</b>	(25,3, 32,5)	201	699	<b>28,6</b>	(23,3, 33,9)	98	352	<b>29,3</b>	(24,1, 34,4)	103	347
Todas	<b>31,4</b>	(28,4, 34,5)	323	1033	<b>30,9</b>	(26,4, 35,3)	154	512	<b>32</b>	(27,8, 36,2)	169	521

Os cuidadores tenderam a relatar com mais frequência que brincavam com as crianças mais novas (bebês) durante o banho, a alimentação, a troca de roupa e tarefas domésticas, e que brincavam com as crianças mais velhas (que estão a começar a andar, pré-escolares) no tempo livre.

**Descuido**

Perguntou-se aos cuidadores se as suas crianças foram deixadas sós por mais de uma hora na semana antes do inquérito. Os dados estão apresentados no Quadro A17.

**Quadro A17 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador as deixou sós por mais de uma hora na semana anterior**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1028)				Raparigas (N=509)				Rapazes (N=519)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	<b>4,7</b>	(0,0, 11,0)	3	64	<b>1,1</b>	(0,0, 3,5)	1	35	<b>9,7</b>	(2,6, 16,8)	2	29
6-11 meses	<b>13,1</b>	(6,8, 19,5)	6	62	<b>9,3</b>	(9,3, 9,3)	2	32	<b>17,1</b>	(4,1, 30,1)	4	30
12-23 meses	<b>6,9</b>	(3,7, 10,1)	20	206	<b>5,6</b>	(1,1, 10,0)	7	92	<b>8,2</b>	(4,2, 12,1)	13	114
2-4 anos	<b>21,4</b>	(18,3, 24,5)	154	696	<b>23</b>	(18,5, 27,6)	80	350	<b>19,7</b>	(15,4, 24,0)	74	346
Todas	<b>17,0</b>	(14,7, 19,4)	183	1028	<b>17,5</b>	(14,0, 20,9)	90	509	<b>16,6</b>	(13,4, 19,9)	93	519

Por sexo p=0,7286, por faixa etária p=0,0059

Das crianças com menos de 5 anos de idade, 17% foram deixadas sem supervisão por mais de uma hora. A probabilidade foi maior de as crianças com 2-4 anos de idade serem deixadas sem supervisão.

Perguntou-se aos cuidadores se deixaram a criança sob os cuidados de outra criança com menos de 10 anos de idade por mais de uma hora na semana antes do inquérito. Os dados estão apresentados no Quadro A18.

**Quadro A18 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador as deixou sob os cuidados de uma criança com menos de 10 anos de idade por mais de uma hora na semana anterior**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1028)				Raparigas (N=509)				Rapazes (N=519)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	8,6	(4,6, 12,7)	4	64	12,9	(8,5, 17,2)	3	35	2,8	(0,0, 9,0)	1	29
6-11 meses	20,9	(11,7, 30,1)	11	62	26,9	(16,5, 37,4)	8	32	14,7	(2,8, 26,7)	3	30
12-23 meses	22,3	(16,6, 28,0)	50	207	17,7	(9,0, 26,5)	18	92	26,4	(19,2, 33,7)	32	115
2-4 anos	35,3	(31,5, 39,2)	258	698	35,4	(29,9, 40,9)	126	352	35,3	(29,9, 40,7)	132	346
Todas	30,3	(27,3, 33,4)	323	1031	30,1	(25,7, 34,4)	155	511	30,6	(26,4, 34,8)	168	520

Por sexo  $p=0,8456$ , por faixa etária  $p=<0,0001$

Das crianças com 0-4 anos de idade, 30% foram deixadas sob os cuidados de outra criança com menos de 10 anos de idade por mais de uma hora na semana anterior, com maior probabilidade de as crianças mais velhas serem deixadas.

## Nutrição

Perguntou-se aos cuidadores sobre o que as suas crianças comem. Os dados sobre amamentação estão apresentados no Quadro A19.

**Quadro A19 Crianças com 0-2 anos de idade que estão a ser amamentadas**

Faixa etária	Todas as crianças (N=331)				Raparigas (N=159)				Rapazes (N=172)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	90,4	(84,1, 96,6)	60	64	90,4	(88,0, 92,8)	33	35	90,3	(83,2, 97,4)	27	29
6-11 meses	86,0	(76,2, 95,8)	53	61	82,8	(68,8, 96,8)	27	32	89,6	(76,5, 100)	26	29
12-23 meses	63,4	(56,0, 70,8)	128	206	60,7	(49,8, 71,5)	56	92	66	(57,3, 74,7)	72	114
Todas	72,4	(67,0, 77,9)	241	331	71	(62,5, 79,5)	116	159	74	(66,9, 81,0)	125	172

Por sexo  $p=0,4708$ , por idade  $p=0,0009$

Relatou-se que estavam a ser amamentadas 90% das crianças com menos de 1 ano de idade e três quartos (72,4%) das crianças com menos de 2 anos de idade. Os dados sobre o consumo alimentar estão resumidos no Quadro A20.

**Quadro A20 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que consomem alimentos sólidos, semi-sólidos ou leves**

Faixa etária	Todas as crianças (N=845)				Raparigas (N=411)				Rapazes (N=434)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
6-11 meses	<b>100</b>	(100,0, 100,0)	46	46	<b>100</b>	(100,0, 100,0)	24	24	<b>100</b>	(100,0, 100,0)	22	22
12-23 meses	<b>96,9</b>	(94,3, 99,5)	180	186	<b>98,5</b>	(96,2, 100,0)	78	80	<b>95,6</b>	(91,2, 100,0)	102	106
2-4 anos	<b>98,6</b>	(97,6, 99,7)	607	613	<b>99</b>	(97,7, 100,0)	305	307	<b>98,3</b>	(96,5, 100,0)	302	306
Todas	<b>98,3</b>	(97,4, 99,3)	833	845	<b>99</b>	(97,9, 100,0)	407	411	<b>97,7</b>	(96,2, 99,3)	426	434

Por sexo  $p=0,2075$ .

Nota: Os testes de qui-quadrado não podem ser calculados por faixa etária pois pelo menos uma célula do quadro tem frequência 0 (para crianças de 6-11 meses que não consumiam alimentos sólidos, semi-sólidos ou leves).

Quase todas as crianças com 6-59 meses de idade estavam a consumir alimentos sólidos, semi-sólidos ou leves. O Quadro A21 resume os dados sobre a realização da diversidade alimentar (recebimento de alimentos de quatro ou mais grupos alimentares) entre crianças com 6-59 meses de idade.

**Quadro A21 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que realizaram a diversidade alimentar**

Faixa etária	Todas as crianças (N=968)				Raparigas (N=476)				Rapazes (N=492)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
6-11 meses	<b>15,9</b>	(6,1, 25,7)	11	62	<b>21,7</b>	(7,5, 35,9)	7	32	<b>9,9</b>	(0,0, 20,7)	4	30
12-23 meses	<b>33,7</b>	(26,5, 40,9)	71	207	<b>36,4</b>	(27,0, 45,9)	32	92	<b>31,1</b>	(22,7, 39,5)	39	115
2-4 anos	<b>38,4</b>	(34,6, 42,3)	276	699	<b>41,2</b>	(35,6, 46,7)	148	352	<b>35,6</b>	(30,3, 41,0)	128	347
Todas	<b>35,9</b>	(32,7, 39,1)	358	968	<b>38,9</b>	(34,2, 43,5)	187	476	<b>32,9</b>	(28,5, 37,4)	171	492

Por sexo  $p= 0,0417$ , por idade  $p= 0,0221$

Um terço (35,9%) das crianças realizaram a diversidade alimentar. Dos cuidadores, a tendência de relatar a diversidade alimentar com mais frequência registou-se entre as mulheres e as crianças mais velhas. Os dados sobre a proporção de crianças não amamentadas com 6-23 meses de idade que fizeram refeições com uma frequência mínima de quatro vezes por dia no dia anterior ao inquérito estão resumidos no Quadro A22.

**Quadro A22 Crianças não amamentadas com 6–23 meses de idade que fizeram refeições com uma frequência mínima de 4 vezes por dia no dia anterior ao inquérito**

Faixa etária	Todas as crianças (N=237)				Raparigas (N=98)				Rapazes (N=139)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
6-11 meses	19	(19,0, 19,0)	1	6	24,2	(24,2, 24,2)	1	5	0	--	0	1
12-23 meses	32,7	(22,7, 42,6)	21	78	38,5	(26,1, 50,9)	12	36	26,4	(15,4, 37,5)	9	42
Todas	31,5	(22,1, 40,8)	22	84	36,7	(24,2, 49,2)	13	41	25,3	(14,7, 36,0)	9	43

Por sexo  $p=0,3502$ , por idade  $p=0,4839$

Um terço (31,5%) das crianças não amamentadas estavam a fazer refeições com a frequência mínima. Perguntou-se aos cuidadores se as suas crianças comiam certos tipos de alimentos. Os dados estão resumidos no Quadro A23.

**Quadro A23 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que comeram diferentes alimentos no dia e na noite antes do inquérito**

Alimentos	Todas as crianças (N=968)				Raparigas (N=476)				Rapazes (N=492)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
Alimentos ricos em vitamina A	72,2	(69,2, 75,2)	686	968	72,7	(68,5, 76,9)	342	476	71,6	(67,3, 75,9)	344	492
Alimentos ricos em ferro	40,5	(37,3, 43,7)	421	968	42,4	(37,7, 47,1)	215	476	38,6	(34,1, 43,0)	206	492
Alimentos ricos em proteína	59,1	(55,8, 62,4)	596	968	59,8	(55,2, 64,5)	293	476	58,4	(53,9, 62,9)	303	492
Alimentos açucarados	34	(30,8, 37,2)	324	968	31,9	(27,3, 36,5)	154	476	36,2	(31,6, 40,7)	170	492

Três quartos (72,2%) das crianças consumiram alimentos ricos em vitamina A, 40% consumiram alimentos ricos em ferro e quase 60% (59,1%) consumiram alimentos ricos em proteína. Um terço das crianças (34%) consumiram alimentos açucarados no dia e na noite antes do inquérito. Os dados estão apresentados em detalhes por alimento e faixa etária nos Quadros A24-A27.

**Quadro A24 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que consumiram alimentos ricos em vitamina A no dia e na noite antes do inquérito**

Faixa etária	Todas as crianças (N=968)				Raparigas (N=476)				Rapazes (N=492)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
6-11 meses	41,4	(26,8, 56,1)	26	62	41,3	(26,1, 56,4)	13	32	41,6	(25,1, 58,0)	13	30
12-23 meses	71,6	(65,0, 78,2)	144	207	71,3	(61,1, 81,5)	64	92	71,8	(63,1, 80,6)	80	115
2-4 anos	75,2	(71,9, 78,6)	516	699	76,0	(71,4, 80,7)	265	352	74,4	(69,4, 79,3)	251	347
Todas	72,2	(69,2, 75,2)	686	968	72,7	(68,5, 76,9)	342	476	71,6	(67,3, 75,9)	344	492

Por sexo  $p=0,7419$ , por idade  $p=0,0079$

**Quadro A25 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que consumiram alimentos ricos em ferro no dia e na noite antes do inquérito**

Faixa etária	Todas as crianças (N=968)				Raparigas (N=476)				Rapazes (N=492)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
6-11 meses	23,4	(14,5, 32,2)	17	62	30,2	(15,4, 45,1)	11	32	16,3	(5,5, 27,1)	6	30
12-23 meses	38,4	(31,6, 45,2)	85	207	40,7	(32,3, 49,1)	39	92	36,3	(28,3, 44,3)	46	115
2-4 anos	42,7	(38,9, 46,6)	319	699	44	(38,4, 49,6)	165	352	41,4	(36,1, 46,7)	154	347
Todas	40,5	(37,3, 43,7)	421	968	42,4	(37,7, 47,1)	215	476	38,6	(34,1, 43,0)	206	492

Por sexo  $p=0,1548$ , por idade  $p=0,0862$

**Quadro A26 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que consumiram alimentos ricos em proteína no dia e na noite antes do inquérito**

Faixa etária	Todas as crianças (N=968)				Raparigas (N=476)				Rapazes (N=492)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
6-11 meses	29,2	(20,6, 37,9)	21	62	32,5	(17,2, 47,8)	12	32	25,9	(13,9, 37,9)	9	30
12-23 meses	56,6	(49,3, 64,0)	121	207	56,8	(47,8, 65,9)	52	92	56,5	(47,6, 65,4)	69	115
2-4 anos	62,6	(58,8, 66,5)	454	699	63,2	(57,8, 68,6)	229	352	62,1	(56,7, 67,4)	225	347
Todas	59,1	(55,8, 62,4)	596	968	59,8	(55,2, 64,5)	293	476	58,4	(53,9, 62,9)	303	492

Por sexo  $p=0,7155$ , por idade  $p=0,0181$

**Quadro A27 Crianças com 6 meses a 4 anos de idade que consumiram alimentos açucarados no dia e na noite antes do inquérito**

Faixa etária	Todas as crianças (N=968)				Raparigas (N=476)				Rapazes (N=492)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
6-11 meses	16,8	(8,3, 25,3)	11	62	19,3	(8,4, 30,2)	7	32	14,3	(0,5, 28,0)	4	30
12-23 meses	35,1	(28,1, 42,0)	74	207	32,2	(22,1, 42,2)	30	92	37,8	(29,1, 46,4)	44	115
2-4 anos	35,3	(31,5, 39,1)	239	699	33	(27,4, 38,5)	117	352	37,7	(32,4, 43,1)	122	347
Todas	34	(30,8, 37,2)	324	968	31,9	(27,3, 36,5)	154	476	36,2	(31,6, 40,7)	170	492

Por sexo  $p=0,1605$ , por idade  $p=0,0211$

A probabilidade de as crianças com 12-59 meses de idade de consumirem todos os tipos de alimentos foi duas vezes maior em comparação com as crianças com 6-11 meses de idade.

## Saúde

Perguntou-se aos cuidadores se as suas crianças com 0-4 anos de idade tiveram diarreia nas duas semanas antes do inquérito. Os dados estão apresentados no Quadro A28.

**Quadro A28 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram diarreia nas duas semanas antes do inquérito**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1026)				Raparigas (N=507)				Rapazes (N=519)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	20,7	(13,1, 28,3)	13	64	20	(9,1, 31,0)	6	35	21,6	(13,5, 29,8)	7	29
6-11 meses	27,9	(16,2, 39,5)	16	61	32,5	(15,6, 49,3)	8	32	22,7	(4,7, 40,7)	8	29
12-23 meses	22,2	(16,0, 28,3)	48	207	15,2	(10,2, 20,1)	15	92	28,6	(20,1, 37,2)	33	115
2-4 anos	10,4	(7,9, 12,9)	76	694	10,5	(7,0, 14,0)	39	348	10,3	(6,7, 13,8)	37	346
Todas	14,4	(12,0, 16,8)	153	1026	13,4	(10,0, 16,8)	68	507	15,4	(12,1, 18,8)	85	519

Por sexo  $p=0,4380$ , por faixa etária  $p=0,0005$

Das crianças com 0-4 anos de idade, 14% tiveram diarreia nas duas semanas antes do inquérito, segundo os relatos, sendo que as crianças com menos de 2 anos de idade tiveram maior probabilidade de serem afectadas. Das crianças que tiveram diarreia nas duas semanas antes do inquérito, perguntou-se aos cuidadores se tinham recebido tratamento. Os dados estão apresentados no Quadro A29.

**Quadro A29 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujo cuidador procurou tratamento de qualquer fonte para a diarreia**

Faixa etária	Todas as crianças (N=152)				Raparigas (N=67)				Rapazes (N=85)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	55,2	(32,1, 78,2)	7	13	71	(0,0, 100,0)	4	6	35,1	(0,0, 100,0)	3	7
6-11 meses	33,6	(33,6, 33,6)	7	16	27,8	--*	3	8	43	(43,0, 43,0)	4	8
12-23 meses	51,7	(35,8, 67,7)	26	47	67,8	(13,0, 100,0)	10	14	44,1	(32,7, 55,5)	16	33
2-4 anos	53,4	(42,7, 64,2)	41	76	57,3	(48,5, 66,2)	23	39	49,4	(34,8, 63,9)	18	37
Todas	50,7	(41,9, 59,4)	81	152	56,2	(43,2, 69,3)	40	67	45,8	(37,4, 54,2)	41	85

Por sexo  $p=0,2507$ , por faixa etária  $p=0,6459$

Metade das crianças receberam algum tipo de tratamento. Dentre as crianças tratadas, perguntou-se aos cuidadores se as crianças receberam diferentes tipos de tratamentos: sais de reidratação oral (SRO), uma mistura de água, sal e açúcar, água de arroz, um comprimido ou xarope, ou ervas. Os dados estão resumidos no Quadro A30.

**Quadro A30 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada, por tipo de tratamento**

Tipo de tratamento	Todas as crianças (N=152)				Raparigas (N=67)				Rapazes (N=85)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
SRO	<b>60,5</b>	(52,7, 68,3)	91	152	<b>67,6</b>	(55,9, 79,3)	43	67	<b>54,2</b>	(45,2, 63,2)	48	85
Mistura de água, sal, açúcar	<b>34,6</b>	(26,5, 42,7)	48	153	<b>36,5</b>	(21,4, 51,5)	23	68	<b>33</b>	(25,6, 40,3)	25	85
Água de arroz	<b>20,9</b>	(15,0, 26,8)	30	153	<b>21</b>	(10,7, 31,2)	14	68	<b>20,8</b>	(13,9, 27,7)	16	85
Comprimido ou xarope	<b>21,4</b>	(15,3, 27,4)	36	152	<b>18,1</b>	(11,7, 24,5)	15	68	<b>24,3</b>	(16,7, 31,9)	21	84
Ervas	<b>11</b>	(6,5, 15,6)	15	152	<b>9,6</b>	(3,0, 16,3)	7	68	<b>12,3</b>	(5,4, 19,1)	8	84
Outros	<b>35,8</b>	(27,6, 43,9)	54	152	<b>33,3</b>	(21,6, 45,0)	24	68	<b>38</b>	(28,3, 47,6)	30	84

\* Há pelo menos um estrato (ou local) que contém apenas uma única observação para o quadro. Os estratos de observação única não estão incluídos nas estimativas de variação; portanto, não é possível calcular um intervalo de confiança considerando-se o delineamento complexo do inquérito.

Das crianças, 60% foram tratadas com SRO, 35,6% com uma mistura de água, sal e açúcar e 20,9% com água de arroz. Algumas crianças receberam múltiplos tipos de tratamento.

Os dados estão apresentados por tipo de tratamento, por faixa etária, nos Quadros A31-A35. As diferenciações por faixa etária devem ser interpretadas com cuidado, considerando-se os intervalos de confiança, em decorrência do pequeno tamanho dos sub-grupos.

**Quadro A31 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada com SRO**

Faixa etária	Todas as crianças (N=152)				Raparigas (N=67)				Rapazes (N=85)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	<b>93,5</b>	(77,5, 100,0)	12	13	<b>100</b>	(100,0, 100,0)	6	6	<b>85,1</b>	(37,9, 100,0)	6	7
6-11 meses	<b>53,3</b>	(53,3, 53,3)	9	16	<b>59,7</b>	--*	5	8	<b>43</b>	(43,0, 43,0)	4	8
12-23 meses	<b>57,7</b>	(49,0, 66,4)	28	48	<b>75,7</b>	(65,1, 86,3)	9	15	<b>48,9</b>	(40,0, 57,8)	19	33
2-4 anos	<b>58,7</b>	(50,2, 67,1)	42	75	<b>60,8</b>	(54,1, 67,5)	23	38	<b>56,4</b>	(42,6, 70,3)	19	37
Todas	<b>60,5</b>	(52,7, 68,3)	91	152	<b>67,6</b>	(55,9, 79,3)	43	67	<b>54,2</b>	(45,2, 63,2)	48	85

\* Há pelo menos um estrato (ou local) que contém apenas uma única observação para o quadro. Os estratos de observação única não estão incluídos nas estimativas de variação; portanto, não é possível calcular um intervalo de confiança considerando-se o delineamento complexo do inquérito.

**Quadro A32 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada com uma mistura de água, sal e açúcar**

Faixa etária	Todas as crianças (N=152)				Raparigas (N=67)				Rapazes (N=85)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	<b>49,7</b>	(12,8, 86,7)	5	13	<b>48,1</b>	(0,0, 100,0)	2	6	<b>51,9</b>	(0,0, 100,0)	3	7
6-11 meses	<b>23,3</b>	(0,0, 78,1)	4	16	<b>27,4</b>	--*	2	8	<b>16,7</b>	(0,0, 100,0)	2	8
12-23 meses	<b>30,1</b>	(15,7, 44,5)	13	48	<b>32,5</b>	(0,0, 78,5)	4	15	<b>28,9</b>	(17,5, 40,3)	9	33
2-4 anos	<b>37,8</b>	(28,3, 47,4)	26	76	<b>38,7</b>	(24,7, 52,7)	15	39	<b>36,9</b>	(30,1, 43,7)	11	37
Todas	<b>34,6</b>	(26,5, 42,7)	48	153	<b>36,5</b>	(21,4, 51,5)	23	68	<b>33</b>	(25,6, 40,3)	25	85

\* Há pelo menos um estrato (ou local) que contém apenas uma única observação para o quadro. Os estratos de observação única não estão incluídos nas estimativas de variação; portanto, não é possível calcular um intervalo de confiança considerando-se o delineamento complexo do inquérito.

**Quadro A33 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada com água de arroz**

Faixa etária	Todas as crianças (N=152)				Raparigas (N=67)				Rapazes (N=85)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	<b>13,1</b>	(13,1, 13,1)	2	13	<b>0</b>	--	0	6	<b>29,7</b>	(29,7, 29,7)	2	7
6-11 meses	<b>10,3</b>	(10,3, 10,3)	2	16	<b>13,3</b>	--*	1	8	<b>5,5</b>	(5,5, 5,5)	1	8
12-23 meses	<b>26,5</b>	(17,8, 35,1)	10	48	<b>42</b>	(21,9, 62,2)	4	15	<b>18,9</b>	(7,8, 30,0)	6	33
2-4 anos	<b>21,2</b>	(11,3, 31,0)	16	76	<b>18,3</b>	(11,1, 25,5)	9	39	<b>24,1</b>	(12,3, 35,9)	7	37
Todas	<b>20,9</b>	(15,0, 26,8)	30	153	<b>21</b>	(10,7, 31,2)	14	68	<b>20,8</b>	(13,9, 27,7)	16	85

\* Há pelo menos um estrato (ou local) que contém apenas uma única observação para o quadro. Os estratos de observação única não estão incluídos nas estimativas de variação; portanto, não é possível calcular um intervalo de confiança considerando-se o delineamento complexo do inquérito.



**Quadro A34 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada com um comprimido ou xarope**

Faixa etária	Todas as crianças (N=152)				Raparigas (N=67)				Rapazes (N=85)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	10,4	(1,7, 19,1)	2	12	5,6	(0,0, 77,4)	1	6	17,4	(17,4, 17,4)	1	6
6-11 meses	20,9	(0,0, 75,7)	4	16	17,5	--*	2	8	26,3	(0,0, 100,0)	2	8
12-23 meses	28,2	(17,3, 39,2)	15	48	16,1	(5,5, 26,6)	4	15	34,2	(24,3, 44,0)	11	33
2-4 anos	18,8	(12,1, 25,4)	15	76	21,3	(13,3, 29,2)	8	39	16,1	(5,2, 27,0)	7	37
Todas	21,4	(15,3, 27,4)	36	152	18,1	(11,7, 24,5)	15	68	24,3	(16,7, 31,9)	21	84

\* Há pelo menos um estrato (ou local) que contém apenas uma única observação para o quadro. Os estratos de observação única não estão incluídos nas estimativas de variação; portanto, não é possível calcular um intervalo de confiança considerando-se o delineamento complexo do inquérito.

**Quadro A35 Crianças < 5 anos no agregado familiar cuja diarreia foi tratada com ervas**

Faixa etária	Todas as crianças (N=152)				Raparigas (N=67)				Rapazes (N=85)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	0	--	0	12	0	--	0	6	0	--	0	6
6-11 meses	17,1	(17,1, 17,1)	2	16	13,3	--*	1	8	23,3	(23,3, 23,3)	1	8
12-23 meses	10,4	(1,8, 19,0)	4	48	0	--	0	15	15,5	(2,1, 28,9)	4	33
2-4 anos	11,6	(4,0, 19,2)	9	76	14,1	(3,9, 24,4)	6	39	8,9	(0,0, 20,6)	3	37
Todas	11	(6,5, 15,6)	15	152	9,6	(3,0, 16,3)	7	68	12,3	(5,4, 19,1)	8	84

\* Há pelo menos um estrato (ou local) que contém apenas uma única observação para o quadro. Os estratos de observação única não estão incluídos nas estimativas de variação; portanto, não é possível calcular um intervalo de confiança considerando-se o delineamento complexo do inquérito.

Perguntou-se aos cuidadores se as suas crianças com 0-4 anos de idade tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito. Os dados estão apresentados no Quadro A36.

**Quadro A36 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito**

Faixa etária	Todas as crianças (N=1025)				Raparigas (N=507)				Rapazes (N=518)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	<b>22,0</b>	(10,8, 33,2)	16	64	<b>16,1</b>	(5,2, 27,1)	7	35	<b>30,0</b>	(9,4, 50,6)	9	29
6-11 meses	<b>20,0</b>	(11,3, 28,7)	14	61	<b>26,3</b>	(18,6, 34,1)	9	32	<b>13,0</b>	(0,2, 25,7)	5	29
12-23 meses	<b>25,9</b>	(20,1, 31,7)	53	207	<b>29,9</b>	(20,3, 39,4)	27	92	<b>22,3</b>	(14,8, 29,9)	26	115
2-4 anos	<b>22,7</b>	(19,3, 26,1)	158	693	<b>23,2</b>	(18,3, 28,0)	83	348	<b>22,2</b>	(17,5, 26,9)	75	345
Todas	<b>23,1</b>	(20,3, 26,0)	241	1025	<b>24,2</b>	(20,1, 28,4)	126	507	<b>22,0</b>	(18,2, 25,9)	115	518

Por sexo p=0,4438, por faixa etária p=0,8777

Quase um quarto das crianças (23,1%) com 0-4 anos de idade relataram que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito, sem diferenças por faixa etária. Das crianças que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito, perguntou-se aos cuidadores se tinham recebido tratamento. Os dados estão apresentados no Quadro A37.

**Quadro A37 Crianças < 5 anos no agregado familiar cujos cuidadores procuraram orientação ou tratamento de qualquer fonte para a febre**

Faixa etária	Todas as crianças (N=241)				Raparigas (N=126)				Rapazes (N=115)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	<b>79,0</b>	(70,7, 87,3)	13	16	<b>70,9</b>	(70,9, 70,9)	6	7	<b>84,9</b>	(84,9, 84,9)	7	9
6-11 meses	<b>77,7</b>	(56,8, 98,6)	10	14	<b>83,2</b>	(55,1, 100,0)	7	9	<b>65,4</b>	(0,0, 100,0)	3	5
12-23 meses	<b>88,8</b>	(80,3, 97,3)	46	53	<b>89,0</b>	(74,1, 100,0)	24	27	<b>88,5</b>	(79,2, 97,7)	22	26
2-4 anos	<b>78,8</b>	(71,8, 85,8)	123	158	<b>80,3</b>	(69,5, 91,1)	67	83	<b>77,2</b>	(68,7, 85,8)	56	75
Todas	<b>81,0</b>	(75,6, 86,4)	192	241	<b>82,2</b>	(73,9, 90,5)	104	126	<b>79,7</b>	(73,1, 86,3)	88	115

Por sexo p=0,5990, por faixa etária p=0,4368

Das crianças, 81% receberam tratamento de qualquer fonte. Das crianças tratadas, perguntou-se aos cuidadores se as crianças receberam diferentes tipos de tratamentos: antimaláricos, antibióticos, paracetamol / Panadol / acetaminofeno ou outros. Os dados estão resumidos no Quadro A38.

**Quadro A38 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito e receberam tratamento, por tipo de tratamento**

Faixa etária	Todas as crianças (N=240)				Raparigas (N=125)				Rapazes (N=115)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
Anti-maláricos	10,7	(6,7, 14,8)	28	240	10,1	(4,8, 15,4)	14	125	11,5	(5,8, 17,1)	14	115
Antibióticos	6,2	(2,4, 10,0)	13	240	8	(2,0, 13,9)	8	125	4,1	(0,1, 8,2)	5	115
Paracetamol, Panadol, acetaminofeno	30,5	(23,9, 37,1)	75	240	30,2	(21,3, 39,1)	40	125	30,8	(21,5, 40,1)	35	115
Outros	8,6	(5,1, 12,0)	22	240	10,2	(4,6, 15,7)	13	125	6,8	(3,1, 10,6)	9	115

Das crianças, 31% tomaram paracetamol / Panadol / acetaminofeno; apenas 11% tomaram antimaláricos. Os dados estão apresentados, por tipo de tratamento e por faixa etária, nos Quadros A39-A41. As diferenciações por faixa etária devem ser interpretadas com cuidado, considerando-se os intervalos de confiança, em decorrência do pequeno tamanho dos sub-grupos.

**Quadro A39 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito e que tomaram antimaláricos**

Faixa etária	Todas as crianças (N=240)				Raparigas (N=125)				Rapazes (N=115)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	12,1	(0,0, 25,0)	2	16	0	--	0	7	21,1	(21,1, 21,1)	2	9
6-11 meses	31,6	(31,6, 31,6)	4	14	29,5	(29,5, 29,5)	3	9	36,1	(36,1, 36,1)	1	5
12-23 meses	7,5	(0,4, 14,5)	4	53	2,4	(0,0, 7,6)	1	27	13,8	(4,1, 23,5)	3	26
2-4 anos	10,1	(5,2, 15,0)	18	157	11,5	(4,6, 18,3)	10	82	8,6	(2,2, 15,0)	8	75
Todas	10,7	(6,7, 14,8)	28	240	10,1	(4,8, 15,4)	14	125	11,5	(5,8, 17,1)	14	115

**Quadro A40 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito e que tomaram antibióticos**

Faixa etária	Todas as crianças (N=240)				Raparigas (N=125)				Rapazes (N=115)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	7,5	(7,5, 7,5)	1	16	0	--	0	7	13	(13,0, 13,0)	1	9
6-11 meses	0	--	0	14	0	--	0	9	0	--	0	5
12-23 meses	8	(2,4, 13,5)	4	53	12,8	(12,8, 12,8)	3	27	2	(2,0, 2,0)	1	26
2-4 anos	5,9	(1,1, 10,8)	8	157	7,6	(0,0, 15,7)	5	82	4,2	(0,0, 9,5)	3	75
Todas	6,2	(2,4, 10,0)	13	240	8	(2,0, 13,9)	8	125	4,1	(0,1, 8,2)	5	115

**Quadro A41 Crianças < 5 anos no agregado familiar que tiveram febre nas duas semanas antes do inquérito e que tomaram Paracetamol, Panadol ou acetaminofeno**

Faixa etária	Todas as crianças (N=240)				Raparigas (N=125)				Rapazes (N=115)			
	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N	W %	IC 95%	n	N
0-5 meses	<b>22,6</b>	(14,3, 30,9)	5	16	<b>42,2</b>	(42,2, 42,2)	4	7	<b>8,1</b>	(8,1, 8,1)	1	9
6-11 meses	<b>34</b>	(13,1, 54,9)	6	14	<b>29,5</b>	(29,5, 29,5)	3	9	<b>44,2</b>	(0,0, 100,0)	3	5
12-23 meses	<b>29,1</b>	(13,8, 44,4)	14	53	<b>25,3</b>	(8,3, 42,2)	7	27	<b>33,8</b>	(21,7, 45,9)	7	26
2-4 anos	<b>31,3</b>	(23,1, 39,5)	50	157	<b>31,3</b>	(20,4, 42,1)	26	82	<b>31,3</b>	(20,8, 41,9)	24	75
Todas	<b>30,5</b>	(23,9, 37,1)	75	240	<b>30,2</b>	(21,3, 39,1)	40	125	<b>30,8</b>	(21,5, 40,1)	35	115

