

**INQUÉRITOS NUTRICIONAIS SMART
nos municípios afetados pela seca
nas províncias da HUÍLA e do CUNENE
SUL DE ANGOLA
Novembro-Dezembro 2019**



AGRADECIMENTOS

A autora gostaria de agradecer o envolvimento e o apoio das autoridades angolanas da saúde, desde o planeamento até a realização destes inquéritos SMART. Agradecimento especial à chefe do Departamento de Nutrição, Madalena Van-Duném, pelo excelente trabalho de comunicação e de colaboração, bem como pelo apoio em coordenação com as autoridades provinciais para tornar possíveis estes inquéritos nutricionais.

Agradecemos também ao Instituto Nacional de Estatística (INE), com o qual a seleção aleatória de clusters foi empreendida em conjunto, e os mapas partilhados para a recolha de dados.

Reconhecimento às autoridades governamentais, do nível provincial ao municipal, pela calorosa recepção reservada às equipas e pela assistência nos seus respectivos clusters; aos líderes comunitários dos bairros/comunidades amostrados pela sua cooperação e o seu apoio, fornecendo às equipas as listas atualizadas de agregados familiares; aos guias comunitários que acompanharam as equipas no campo e facilitaram o acolhimento das famílias durante a recolha de dados.

A autora está grata pelo todo o apoio logístico recebido das equipas da Visão Mundial e do UNICEF em geral, e especialmente das equipas da Huíla e do Cunene, para assessorar a execução dos inquéritos. Um grande obrigado e um reconhecimento muito especial à Carmen Alpin, ponto focal do UNICEF para a recolha de dados móveis durante o inquérito, pela sua profunda dedicação na criação da plataforma surveyCTO e no estabelecimento de todos os requisitos, além de fornecer suporte contínuo durante toda a recolha de dados.

É altamente reconhecido o apoio de Jose Luis Alvarez (consultor da Tech RRT CMAM no país) para tornar este inquérito possível.

O reconhecimento se estende à equipa SMART da ACF Canadá por fornecer as orientações técnicas, quando necessário.

Meus sinceros e grandes agradecimentos às equipas de inquérito pelo seu alto nível de dedicação e de comprometimento em garantir a elevada qualidade dos dados recolhidos e o sucesso do exercício.

Finalmente, um sincero agradecimento às mães e às cuidadoras em particular, sem as quais a recolha dos dados necessários seria impossível.

Lourdes Vázquez García

Consultora_Assessora de avaliação da equipa técnica de intervenção rápida (Tech RRT)

Índice

LISTA DE SIGLAS.....	2
RESUMO	3
INTRODUÇÃO	7
OBJECTIVOS	10
Objectivos específicos	10
CONCEPÇÃO E METODOLOGIA DO INQUÉRITO	11
Concepção do estudo	11
1. População alvo e área geográfica	11
2. Cálculo do tamanho da amostra.....	11
3. Procedimentos de amostragem: seleção de clusters, agregados familiares e crianças	
12	
Ferramentas de inquérito: instrumentos de pesquisa e dados recolhidos	14
Formação das equipas de inquérito	15
Equipas de inquérito, recolha de dados de campo, supervisão e controle de qualidade	16
Entrada e análise de dados.....	17
Limitações.....	19
RESULTADOS.....	20
Descrição da amostra do inquérito	20
1. Distribuição de crianças de 6 a 59 meses	20
Estado nutricional das crianças de 6 a 59 meses.....	21
1. Desnutrição aguda nas crianças de 6 a 59 meses.....	22
2. Crescimento atrofiado entre crianças de 6 a 59 meses.....	25
3. Baixo peso e excesso de peso entre crianças de 6 a 59 meses	27
Resultados retrospectivos da mortalidade.....	28
Resultados da vacinação contra o sarampo	29
Número reportado de refeições consumidas.....	29
Amamentação exclusiva	30
DISCUSSÃO	32
RECOMENDAÇÕES.....	37
ANEXOS	39

LISTA DE SIGLAS

ADRA	Acção para o Desenvolvimento Rural e Ambiente
A/I	Altura para idade
ABCP	Alimentação do bebé e da criança pequena
AE	Amamentação exclusiva
BNA	Bottleneck analysis (Análise dos estrangulamentos)
BSF	Blanket Supplementary Feeding (Alimentação complementar geral)
CB	Circunferência do braço
DAG	Desnutrição aguda global
DAGc	Desnutrição aguda global combinada
DAM	Desnutrição aguda moderada
DAS	Desnutrição aguda severa
DASc	Desnutrição aguda severa combinada
EIR	Equipa de intervenção rápida
ENA	Emergency Nutrition Assessment (Avaliação nutricional de emergência)
GIDA	Gestão integrada de desnutrição aguda
IC	Intervalo de confiança
IIMS	Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde
INE	National Institute of Statistics
IPC	Integrated Food Security Phase Classification (Classificação integrada de fase de segurança alimentar)
M&A	Monitorização e Avaliação
MICS	Multiple Indicator Cluster and Health Survey (Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde)
MPC	Monitorização e promoção do crescimento
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
P/A	Peso para altura
P/I	Peso para idade
PIN	People in Need
RGPH	Recenseamento geral da população e da habitação
SMART	Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transitions (Acompanhamento e avaliação padronizados de ajuda humanitária e transições)
TBM	Taxa bruta de mortalidade
TMM5	Taxa de mortalidade de menores de cinco anos
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VM	Visão Mundial

RESUMO

A situação nutricional em Angola é classificada como grave, com grandes diferenças entre as várias províncias, devido ao grande tamanho geográfico do país e às diversas zonas agroecológicas. As províncias do sul de Angola estão a atravessar uma situação de seca a longo prazo, desde 2018. Esta situação agravou-se em 2019, na medida em que as condições de seca continuam a ser exacerbadas por chuvas irregulares muito abaixo da média, particularmente nas províncias mais atingidas do sul de Cunene, Huila e Namibe, consideradas as mais afetadas, agravando devido à seca.

Os únicos dados nutricionais representativos disponíveis são provenientes do Inquérito sobre Saúde e Grupos de Múltiplos Indicadores (MICS) 2015/16, que apresentaram taxas de malnutrição aguda próximas da média nacional, com 4,6% de prevalência de Malnutrição Aguda Global (GAM) por WFH e 0,5% de Malnutrição Aguda Grave (SAM) por WFH na Província de Huila. Por outro lado, a província de Cunene apresentou as maiores taxas entre todas as outras províncias do país, com prevalência de GAM e SAM por WFH de 10,5% e 3,6%.

Com o objetivo geral de mapear o estado nutricional atual entre crianças a partir de 6 a 59 meses nos municípios mais afetados pela seca nas províncias de Huila (5 em 14) e Cunene (5 em 6), foram implementadas dois inquéritos SMART sobre nutrição e mortalidade em Dezembro de 2019, que coincidem com o meio da temporada de seca (de Outubro a Janeiro). A metodologia SMART foi utilizada para antropometria e mortalidade retrospectiva. O objetivo geral dos inquéritos foi mapear o estado nutricional atual entre crianças a partir de 6 a 59 meses nas duas áreas do inquérito. As conclusões pretendem apoiar melhorias na programação nutricional, conforme necessário, e defender um apoio financeiro adequado.

Para a realização dos inquéritos, empregou-se um delineamento de amostragem por grupos em dois estágios, com 57 grupos selecionados aleatoriamente para cada inquérito nas respetivas províncias, utilizando probabilidade proporcional ao tamanho. A atribuição de grupos baseou-se nos resultados e no mapeamento do Censo Geral Angolano de Habitações Populacionais (RGPH), realizado pelo Instituto Nacional de Estatística em 2014, e utilizando as seções do censo (cessões censitárias) como unidades de amostragem original na primeira etapa. Na segunda etapa, 12 famílias foram selecionados aleatoriamente em cada grupo, seguindo uma amostragem aleatória simples. Um total de 1.704 crianças com idades entre 6 e 59 meses (888 em Huila e 816 em Cunene) de 1.315 famílias (637 em Huila e 678 em Cunene) foram incluídos na amostra para medidas antropométricas. A mortalidade retrospectiva foi recolhida nas mesmas famílias. Os inquéritos foram realizados ao meio da temporada de seca (de Outubro a Janeiro)

A prevalência de GAM por WFH nos municípios inquiridos de Huila e Cunene foi de 10,8% e 10,6%, com taxas de SAM de 2,1% e 1,1%, respetivamente. Embora os resultados sejam semelhantes aos relatados pelo MICS em 2015/16 para toda a província de Cunene, a situação nutricional nos municípios inquiridos em Huila agravou-se significativamente. Em ambas as áreas do inquérito, a gravidade da situação nutricional é considerada *Elevada* de acordo com a classificação atualizada da OMS 2018. As crianças mais pequenas (a partir 6 a 23 meses) estavam significativamente mais debilitadas que as mais velhas (a partir 24 a 59 meses), com taxas de GAM tão elevadas como 14,4% (municípios inquiridos em Huila) e 15,0% (municípios inquiridos por Cunene), o que é uma grande preocupação. A análise MUAC apresentou uma menor prevalência de GAM (8,2% em Huila e 6,9% em Cunene) do que a prevalência de GAM por WFH. No entanto, os resultados do MUAC ainda se enquadram na categoria "Elevado / Grave", com base na classificação da Fase Integrada de Segurança Alimentar (IPC).

Vale ressaltar que, considerando todos os casos de GAM encontrados entre as crianças inquiridas em conjunto (ou seja, as identificadas apenas através da WFH, as identificadas apenas com MUAC, os casos de edema e os casos identificados por ambos os indicadores), resulta em uma prevalência combinada de GAM (cGAM) de 13,6% e 12,9%, com taxas combinadas de SAM

(cSAM) de 3,0% e 1,7% nos municípios inquiridos de Huila e Cunene, respetivamente. O GAM e o SAM combinados não são categorizados para serem utilizados de maneira alguma para classificar a gravidade da situação nutricional, no entanto são muito importantes para informar a carga geral da malnutrição aguda e, conseqüentemente, para efeitos de planeamento para estimar o número de casos.

A prevalência de atrofia entre crianças de 6 a 59 meses nos municípios inquiridos de Huila e Cunene foi de 49,9% e 37,2%, com prevalência de atrofia grave em 19,3% e 12,2%, respetivamente. A severidade da atrofia nas duas áreas do inquérito é *muito elevada* conforme definido pela classificação da OMS de 2018. No cenário atual, com metade das crianças com atrofia na Huila e mais de um terço nos municípios inquiridos em Cunene, e com taxas de GAM de 10% e acima para as crianças mais pequenas, é evidente que muitas crianças ficarão debilitadas e atrofiadas ao mesmo tempo. Para estas crianças, o risco de morte aumenta para níveis comparáveis a crianças com a forma mais grave de fraqueza crónica (caquexia).

A cobertura vacinal contra o sarampo foi tão baixa como 20,9% e 53,3% nos municípios inquiridos em Huila e Cunene, e mesmo ao acrescentar aquelas crianças para as quais a mãe declarou “não sei”, a cobertura do sarampo ainda estava muito abaixo do padrão internacional de 95% estabelecido pela OMS para prevenir surtos (43,9% em Huila e 61,2% em Cunene). Isto é assustadoramente baixo e preocupante, e considerando sobretudo o ciclo vicioso de malnutrição do sarampo e os surtos de sarampo que ocorreram recentemente em algumas províncias de Angola.

Embora o aleitamento materno seja comum, o aleitamento exclusivo permanece baixo, com 41,3% e 58,6% das crianças com menos de 6 meses de idade amamentadas exclusivamente entre os municípios inquiridos em Huila e Cunene, respetivamente. Para cada área do inquérito, mais de 60% das crianças inquiridas consumiram duas ou menos refeições no dia anterior, indicando que as crianças não recebem nutrientes suficientes, conforme necessário, e isto foi associado estatisticamente ao aumento do risco de malnutrição aguda em Huila.

O último IPC realizado em Julho de 2019 em Huila, Cunene e Cuando Cubango estimou que cerca de 421.127 famílias tinham extrema insegura alimentar, e este número aumentaria para cerca de 561.840 em Fevereiro de 2020, se o cenário continuar. Em Dezembro, as condições de seca persistem e a insegurança alimentar deve piorar, já que muitas famílias perderam a possibilidade para o cultivo durante o principa plantio dos últimos tempos em Outubro de 2019.

Os resultados dos principais indicadores estão resumidos na **Tabela 1** abaixo:

Tabela 1: Resumo dos principais indicadores nos municípios inquiridos de Huila e Cunene

Antropometria – Crianças de 6 a 59 meses com base nos padrões da OMS 2006				
Indicador	Huila*		Cunene**	
	%	IC 95%	%	IC 95%
GAM (WFH <-2 z-score e / ou edema)	10,8%	(8,8-13,2)	10,6%	(8,2-13,6)
SAM (WFH <-3 z-score e / ou edema)	2,1%	(1,4-3,1)	1,1%	(0,6-2,2)
GAM baseado em MUAC (MUAC <125mm e / ou edema)	8,2%	(6,3-10,6)	6,9%	(4,8-9,8)
SAM baseado em MUAC (MUAC <115 mm e / ou edema)	2,1%	(1,4-3,3)	1,2%	(0,6-2,4)
GAM combinado (WFH <-2 & / ou MUAC 125 e / ou edema)	13,6%	(11,5-16,0)	12,9%	(10,9-15,6)
SAM combinado (WFH <-3 & / ou MUAC 115 e / ou edema)	3,0%	(2,1-4,3)	1,7%	(1,0-2,9)
Atrofia (HFA <-2 z-score)	49,4%	(46,2-52,6)	37,2%	(33,3-41,4)
Atrofia severa (HFA <-3-z-score)	19,3%	(16,6-22,3)	12,2%	(9,8-15,2)
Abaixo do peso (WFA <-2 z-score)	30,8%	(27,1-34,6)	27,8%	(23,8-32,0)

Abaixo do peso grave (WFA <-3 z-score)	9,8%	(8,0-12,0)	7,8%	(5,4-11,1)
Mortalidade retrospectiva				
CDR (mortes / 10.000 pessoas / dia)	0,41	(0,24-0,70)	0,33	(0,18-0,58)
U5DR (óbitos / 10.000 crianças U5 / dia)	0,78	(0,36-1,67)	0,41	(0,09-1,83)
Cobertura de vacinação contra o sarampo (crianças entre 9 a 59 meses)				
Proporção de crianças de 9 a 59 meses que consomem duas ou menos refeições	20,9%	(18,3-23,8)	53,3%	(49,8-56,7)
Aleitamento materno exclusivo entre bebês de 0 a 5 meses	62,4%	(59,1-65,6)	66,0%	(62,6-69,2)
	41,3%	(31,9-51,1)	58,6%	(48,2-68,4)

*5 dos 14 municípios: Matala, Quipungo, Chibia, Humpata e Gambos.

** 5 de 6 municípios: Cahama, Cuanhama, Curoca, Cuvelai e Ombadja.

As descobertas gerais em ambas as áreas do inquérito confirmaram níveis sérios de malnutrição, que estão ainda mais agravados pelo aumento da insegurança alimentar e perda de meios de subsistência, juntamente com a grande falta de água, o fracasso na implementação de práticas apropriadas de cuidados para lactentes e crianças, bem como as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. Isto destaca a necessidade de apoio imediato através de uma resposta estratégica integrada para evitar uma deterioração adicional da situação nutricional, bem como para apoiar as necessidades alimentares e os meios de subsistência das famílias mais vulneráveis. Recomendações *específicas* são descritas a seguir:

Continuar a implementar os serviços IMAM em curso e investir em esforços para melhorar o desempenho e a cobertura.

- Reforçar a força de trabalho qualificada disponível, bem como as capacidades dos funcionários do MS responsáveis dos serviços de Gestão Integrada de Malnutrição (IMAM), através do fornecimento de suporte técnico contínuo, orientação sobre o trabalho e visitas conjuntas regulares de supervisão de apoio. Embora seja dada prioridade ao tratamento com SAM, também devem ser investidos esforços para diminuir o desenvolvimento de casos de SAM através da integração do tratamento com MAM como parte dos serviços do IMAM.
- Considerar a criação de clínicas móveis para aumentar o acesso aos serviços do IMAM para atender a áreas com longas distâncias às unidades sanitárias.
- Reforçar e ampliar a localização ativa de casos de MAM / SAM e encaminhamento de casos através de triagem MUAC a nível comunitário, bem como o acompanhamento dos casos identificados encaminhados e avaliar a viabilidade de expandir a participação de outros atores – mães, educadores em jardins de infância – na busca ativa de casos para aumentar a cobertura.
- Reforçar as capacidades dos profissionais de saúde envolvidos nos serviços de saúde infantil para melhorar a identificação de casos de malnutrição aguda através do peso por altura e encaminhamento.

Evitar a deterioração da má nutrição aguda em indivíduos e famílias vulneráveis.

- Reforçar os esforços para implementar a Alimentação Complementar Completa para crianças de 6 a 23 meses por pelo menos 3 a 5 meses e ter a continuação avaliada com base na evolução da situação nutricional.
- Considerando a forte relação entre morbidade e malnutrição, deve-se também dar prioridade a prevenção de doenças. É urgentemente necessário melhorar a cobertura da vacinação contra o sarampo.
- Avaliar a vulnerabilidade familiar das crianças após a alta do tratamento com SAM e vincular as famílias vulneráveis identificadas às atividades de segurança alimentar na comunidade.
- Os esforços devem ser intensificados para garantir que as famílias tenham acesso à água potável.

Dar prioridade e melhorar as práticas de alimentação de lactantes e crianças pequenas através da programação de alimentação de lactantes e crianças pequenas (IYCF).

- Integrar as intervenções de IYCF nos serviços do IMAM, fornecendo funcionários designados e pacote harmonizado de IYCF.
- Reforçar a capacidade de recursos humanos para promover e apoiar a IYCF durante qualquer contato entre serviços de saúde e mães durante a gravidez e os dois primeiros anos de vida da criança.
- Desenvolver ou reforçar atividades comunitárias de IYCF através de grupos comunitários de apoio entre colegas.
- Realizar investigações formativas para avaliar barreiras e potenciadores que influenciam as práticas da IYCF. As conclusões devem informar a intervenção da Comunicação de Mudança de Comportamento da IYCF.

Integrar programação sensível à nutrição em todas as intervenções de segurança alimentar.

- Desenvolver e reforçar vínculos entre os atores do setor de Nutrição e os atores que implementam programas de subsistência.
- Reforçar as atividades de subsistência e apontar à priorização com a visão de melhores metas nutricionais.

Monitorização cuidadosa da evolução da situação nutricional e investigações adicionais.

- Desenvolver um sistema de vigilância nutricional para controlar a situação ao longo do tempo para detectar tendências, com o objetivo de adaptar estratégias e intervenções nutricionais à situação alterada.
- Realizar um inquérito de acompanhamento nutricional de setembro a outubro de 2020.
- Mais investigações são necessárias para compreender as diferenças da malnutrição por género.

Programação para intervenções de prevenção de atrofia exige uma abordagem multissetorial e a longo prazo mais abrangente (que continuaria logo depois, fora do carácter de emergência).

INTRODUÇÃO

A situação nutricional em Angola é classificada como grave, com grandes mudanças de uma província para outra devido ao grande tamanho geográfico do país e à variedade de zonas agroecológicas. Uma crise nutricional persistente causada por fenômenos cíclicos de seca e de inundação afetou as províncias do sul de Angola nos últimos anos. Especificamente, a estação chuvosa de 2018/19 registrou os seus totais de precipitação sazonal mais baixos desde pelo menos 1981. As chuvas foram atrasadas e irregulares, o que resulta numa redução da área de plantação, numa germinação deficiente e numa murchidão das plantas. A seca também causou a perda de gado, diminuiu a disponibilidade de água para o consumo humano e o abeberamento dos animais, e afetou o movimento dos bovinos em busca de pastagem. O déficit de cereais do país é de cerca de 1,2 milhões de toneladas, tornando Angola um dos países com as maiores necessidades de importação de cereais na África Austral em 2019/2020.¹

De acordo com a Classificação Integrada de Fase de Segurança Alimentar (IPC), realizada em julho de 2019 nas províncias do Cuando Cubango, do Cunene e da Huíla, estimava-se que aproximadamente 421.127 famílias apresentavam uma grande insegurança alimentar, projetando ainda que cerca de 561.840 famílias enfrentarão a mesma situação até fevereiro de 2020, se o cenário continuar – com 50% dos municípios classificados como tendo uma crise de insegurança alimentar.²

A situação deteriorou-se ainda mais em novembro de 2019, devido às condições de seca que continuaram a ser agravadas por chuvas erráticas abaixo da média, bem como à resposta humanitária inadequada para atender às necessidades mais urgentes, particularmente nas províncias do sul mais atingidas: o Cunene, a Huíla, o Namibe e o Cuando Cubango. Estas três primeiras províncias são o foco do Quadro Governamental de Recuperação da Seca de 2018-2022 e são consideradas as mais afetadas pela seca.³

Os últimos dados oficiais sobre as estimativas de prevalência de desnutrição (**Quadro 2**) do IIMS realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2015-2016⁴ indicaram que 37,6% das crianças de 6 a 59 meses em Angola sofriam do crescimento atrofiado, 4,9% da emaciação (por P/A) e 19,0% do baixo peso. A província do Cunene apresentou as taxas mais elevadas de desnutrição aguda, com uma prevalência de DAS por P/A de 3,6% e uma prevalência de DAG por P/A de 10,5%. A província da Huíla registrou 0,5% e 4,6%, para a DAS e a DAG por P/A. Os indicadores de alimentação do bebé e da criança pequena (ABCP) em todo o país, tais como início precoce da amamentação (48%), amamentação exclusiva (38%) e anemia (65% das crianças de 6 a 59 meses) também foram abaixo do ideal.

Quadro 2: Estimativas de prevalência de desnutrição do IIMS 2015/2016

Área	Desnutrição aguda* (z-scores do P/A)		Desnutrição crónica** (z-scores da A/I)		Baixo peso*** (z-scores do P/I)	
	DAG	DAS	Crescimento atrofiado	Crescimento atrofiado grave	Baixo peso	Baixo peso grave
Huíla	4,6%	0,5%	43,6%	21,7%	27,8%	9,8%
Cunene	10,5%	3,6%	39,3%	17,0%	30,8%	9,3%
Angola	4,9%	1,0%	37,6%	15,2%	19,0%	5,6%

*DAG: P/A < z-score -2 e/ou edema; DAS: P/A < z-score -3 e/ou edema

**Crescimento atrofiado: A/I < z-score -2; atraso de crescimento grave: A/I < z-score -3

***Baixo peso: P/A < z-score -2; baixo peso grave: P/A < z-scores -3

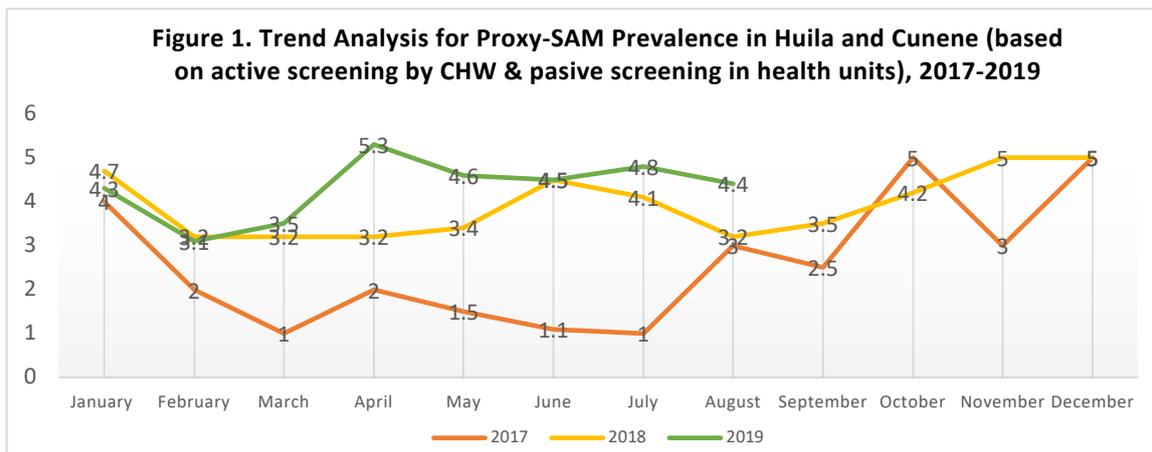
¹ <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/angola>

² Ministério da Agricultura e Florestas, Gabinete de Segurança Alimentar. Sumário da situação de Insegurança Alimentar Aguda IPC 2019/20. Agosto, 2019.

³ Memorando da situação actual da seca na provincia do Cunene (January 2019). Memorando sobre a situação da seca na provincia da Huíla (January 2019).

⁴ Governo de Angola e Instituto Nacional de Estatística. Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015/2016.

Desde o último IIMS (2015/16), nenhum outro inquérito oficial foi realizado, mas dados de rastreios activos por parte dos agentes comunitários de saúde (ACS) e de rastreios passivos nos centros de saúde e hospitais usando a fita para medir a circunferência do braço (CB), como reportados oficialmente nas províncias da Huíla e do Cunene, sugeriram uma deterioração da situação nutricional, com as taxas de DAS de 4,4% e de DAG de 11,6%. Embora estes dados devam ser tomados com cautela, a tendência observada na **Figura 1** abaixo mostra que a situação se deteriorou em 2019 em comparação aos anos anteriores, principalmente em relação a 2017. Esta deterioração da nutrição resultou num aumento no número de crianças com uma DAS potencialmente fatal, como revelam os dados de admissão⁵ aos serviços de gestão integrada de desnutrição aguda (GIDA) (aumento de 45% de janeiro a agosto de 2019 face ao mesmo período de 2017).



Os protocolos nacionais de GIDA em Angola foram recentemente atualizados em maio de 2019 e o pessoal recebeu uma formação teórica adequada durante uma semana. O UNICEF está também a prestar apoio técnico para reforçar a GIDA através da aquisição e da distribuição dos abastecimentos alimentares essenciais para 28 instalações hospitalares e 210 programas de tratamento ambulatorio. As intervenções incluem sessões de formação em cascata.

No entanto, o programa de GIDA enfrentou uma série de desafios que afectam a qualidade da prestação de serviços. Estes incluem, embora não se limitem a: um sistema limitado de mobilização comunitária, uma gestão da cadeia de fornecimento descoordenada e ineficaz, uma qualidade sub-ótima dos serviços oferecidos pela GIDA, um envolvimento/apoio voluntário insuficiente aos serviços de sensibilização, uma ausência de uma estrutura adequada de acompanhamento dos pacientes, sistemas de monitorização e de avaliação (M&A) duplos mas não consistentes, e uma alocação deficiente de fundos, bem como um ambiente pouco favorável à implementação da GIDA. Consequentemente, os resultados do programa continuam a ser insatisfatórios.⁶

O Ministério da Saúde, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como outras agências das Nações Unidas e parceiros de desenvolvimento (Visão Mundial – VM, People in Need – PIN e a Ação para o Desenvolvimento Rural e Ambiente – ADRA) responderam rapidamente aos governos provinciais em apoio à resposta de emergência à seca. O governo e os seus parceiros continuam a apoiar a GIDA, a reabilitar as fontes de água, a reconstruir as capacidades de produção agrícola e de gado e a reforçar a resiliência, no entanto, a actual resposta humanitária permanece insuficiente para atender às necessidades mais urgentes.

Para produzir mais factos tangíveis e mobilizar recursos em vista de um maior investimento numa resposta integrada aos efeitos da seca, foram necessários dados actualizados e fiáveis

⁵ Segundo os dados administrativos do Ministério da Saúde.

⁶ Alvarez, JL; November 2019. Cunene SAM program. Bottleneck analysis (BNA) final report.

sobre a prevalência de desnutrição aguda e crónica nas províncias mais afetadas. Assim, dois inquéritos SMART foram realizados nos municípios afetados pela seca das províncias da Huíla e do Cunene em dezembro de 2019.

OBJECTIVOS

O objectivo geral dos dois inquéritos foi de avaliar o estado nutricional das crianças de 6 a 59 meses, bem como a mortalidade retrospectiva em toda a população e entre as crianças menores de cinco anos separadamente – pelas áreas de inquérito das províncias do Cunene e da Huíla – para contribuir à base de dados comprovados a fim de melhorar a gestão da situação nutricional e de defender um apoio de financiamento adequado.

Objectivos específicos

- Estimar a prevalência de desnutrição aguda entre as crianças de 6 a 59 meses;
- Estimar a prevalência de desnutrição crónica e de baixo peso entre as crianças de 6 a 59 meses;
- Estimar a prevalência de obesidade entre as crianças de 6 a 59 meses;
- Estimar a taxa bruta de mortalidade (TBM) e a de menores de cinco anos (TMM5);
- Estimar o número de refeições consumidas pelas crianças de 6 a 59 meses no dia anterior à recolha de dados;
- Estimar a cobertura da vacinação contra o sarampo entre as crianças de 9 a 59 meses;
- Estimar a prevalência de amamentação exclusiva entre os bebés de 0 a 5 meses.

CONCEPÇÃO E METODOLOGIA DO INQUÉRITO

Concepção do estudo

O inquérito é uma pesquisa transversal sobre os agregados familiares utilizando uma amostragem por clusters em duas etapas, baseada sobre a metodologia SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions ou Acompanhamento e avaliação padronizados de ajuda humanitária e transições). A unidade primeira e a unidade básica de amostragem foram a "cessão censitária" e o agregado familiar, respectivamente.

Um questionário ao agregado familiar continha três componentes (antropometria, práticas exclusivas de amamentação e mortalidade). A população-alvo da componente antropométrica era as crianças de 6 a 59 meses, a da componente de amamentação era as crianças entre 0 e 5 meses, enquanto todos os agregados familiares foram seleccionados para a avaliação retrospectiva da mortalidade (que existissem ou não crianças menores de cinco anos). As perguntas foram dirigidas aos cuidadores principais das crianças.

1. População alvo e área geográfica

Devido às restrições de tempo e de recursos, o foco geográfico das áreas de inquérito foi limitado aos municípios mais severamente afetados pela seca no sul de Angola, ou seja, municípios específicos das províncias do Cunene e da Huíla. Um inquérito foi realizado dentro de cada província, incluindo áreas rurais e urbanas. Os municípios incluídos foram:

- na Huíla (5 municípios do sul dos 14 municípios): Matala, Quipungo, Chibia, Humpata e Gambos;
- no Cunene (todos os municípios, excepto Namacunde): municípios de Cahama, Cuanhama, Curoca, Cuvelai e Ombadja.

2. Cálculo do tamanho da amostra

O tamanho da amostra para cada área de inquérito foi calculado para estimar a prevalência de DAG por P/A e a taxa bruta de mortalidade (TBM), usando o software ENA for SMART, versão de 9 de julho de 2015. Para a antropometria, um total de **736 crianças de 6 a 59 meses nos 684 agregados familiares** foi calculado (**Quadro 3**) e, para a mortalidade, 4.586 pessoas nos **591 agregados (Quadro 4)**. Os cálculos basearam-se nos parâmetros resumidos nos **Quadros 3 e 4** abaixo.

Quadro 3: Cálculos do tamanho da amostra antropométrica

Parâmetro	Área de inquérito		Racionalidade/Fonte
	Huíla	Cunene	
Prevalência estimada de DAG	12%	12%	Com base nos resultados dos dados disponíveis acerca do rastreio da CB a nível comunitário
Precisão desejada \pm	3,0%	3,0%	De acordo com a metodologia SMART, indicando que para 15% prevalência, uma precisão de \pm 3% é suficiente
Efeito da concepção	1,5	1,5	Baseado nas orientações SMART
% crianças de 0-59 meses	15,5%	15,4%	Dados disponíveis no último recenseamento nacional (2014)
Tamanho médio do agregado familiar	8,0	8,0	Dados disponíveis no último recenseamento nacional (2014)
Taxa de não-respostas dos agregados familiares	3,0%	3,0%	A taxa de não-respostas dos agregados no IIMS 2015/16 era de cerca de 1%
Tamanho da amostra (crianças)	736	736	
Tamanho da amostra (agregados familiares)	680	684	

Quadro 4. Cálculos do tamanho da amostra de mortalidade

Parâmetro	Área de inquérito		Racionalidade/Fonte
	Huíla	Cunene	
Taxa de mortalidade	0,5	0,5	Assumindo que não haja epidemia importante ou aumento da mortalidade
Precisão desejada	0,3	0,3	De acordo com a metodologia SMART para a TBM selecionada
Efeito da concepção	1,5	1,5	Como acima
Período de referência	76	76	Dia do Herói Nacional: 17 setembro 2019 ⁷
Tamanho médio do agregado familiar	8,0	8,0	Dados disponíveis no último recenseamento nacional (2014)
Taxa de não-respostas dos agregados familiares	3,0%	3,0%	Como acima
Tamanho da amostra (pessoas)	4.586	4.586	
Tamanho da amostra (agregados familiares)	591	591	

Durante o planeamento, o cálculo do tamanho da amostra antropométrica e a de mortalidade produziu duas amostras de agregados diferentes e, por isso, o inquérito utilizou a maior das duas amostras (**684 agregados familiares**) para os inquéritos de mortalidade e antropométricos, tal como recomendado pelas orientações de inquérito SMART.

3. Procedimentos de amostragem: seleção de clusters, agregados familiares e crianças

3.1. Amostragem da primeira fase: seleção de clusters

Ao determinar o número de clusters a incluir em ambos os inquéritos, era importante assegurar a elevada qualidade da recolha de dados. Neste sentido, foi determinado primeiro o número de agregados familiares que podem ser preenchidos num dia por uma equipa de inquérito, e depois o tempo que esta dedicou às seguintes actividades: 1) viajar da sede para a área de inquérito e voltar, efectuar actividades preliminares como fazer uma chamada de cortesia às autoridades municipais, e informar o orientador que acompanharia as equipas durante o dia de trabalho; e 2) recolher dados. Isto consiste em informar o dirigente local (soba)/assistentes e os agregados familiares sobre os objectivos e a metodologia do inquérito, bem como sobre o método de seleção dos agregados do cluster, em obter o seu consentimento, em entrevistar e avaliar a população-alvo, em organizar a pausa para o almoço e outros procedimentos, como preparar/completar/ actualizar a lista de agregados, seleccionar aleatoriamente os agregados e os localizar depois.

Uma vez que tudo acima foi considerado, e tendo em conta as longas distâncias e o fato de que cada cluster deve ser concluído num dia, decidiu-se que uma equipa seria capaz de completar 12 agregados por dia. O número total de agregados familiares na amostra (por área de inquérito) foi então dividido pelo número de agregados a concluir num só dia, a fim de determinar o número de clusters a incluir no inquérito. De acordo com este cálculo, 57 clusters (684/12 agregados por dia) foram seleccionados para serem incluídos em cada área de inquérito.

Todo o processo de seleção de clusters foi realizado em conjunto com o Instituto Nacional de Estatística (INE), utilizando o SPSS. O INE usa o SPSS para seleccionar e extrair amostras do recenseamento nacional, e este software – que inclui um algoritmo proporcional da população – também foi usado para seleccionar os clusters, como Angola faz em qualquer outra seleção de amostragem para outros inquéritos apoiados e supervisionados pelo INE. O texto completo dos procedimentos feito em SPSS – que figura no *Anexo 1* – segue as mesmas etapas que ENA for

⁷ Foi a única data que poderia servir como data de referência, pois não havia uma data nos meses anteriores que era aceitável para ambas as províncias.

SMART a fim de seleccionar clusters num procedimento aleatório simples, proporcional ao tamanho da população.

Na primeira etapa de amostragem, foram seleccionados 57 clusters – incluindo com 6 clusters de reserva – com a probabilidade proporcional ao tamanho da população em cada área de inquérito. O exercício baseou-se nos resultados e no mapeamento do Recenseamento Geral da População e Habitação⁸ (RGPH) de Angola, realizado pelo INE em 2014. O recenseamento está organizado em secções de recenseamento (cessões censitárias) que são comunidades completas (aldeias em zonas rurais) ou bairros/sectores de bairros (mais frequentemente em zonas urbanas, embora algumas comunidades maiores também estejam divididas em bairros/sectores). Assim, as unidades primárias de amostragem (clusters) corresponderam às secções de recenseamento.

- Como o RGPH é dividido em zonas rurais e urbanas⁹, esta amostragem por cluster de primeira etapa incluiu a seleção baseada em dois níveis (rural e urbano) proporcionais à população dentro de cada área de inquérito. O objectivo era garantir que as zonas rurais e urbanas estivessem bem representadas de acordo com o seu peso em cada inquérito.
- Seguindo o que precede, o número de clusters foi dividido proporcionalmente à população em clusters rurais e urbanos – 18,2% da população na Huíla é urbana e 27,6% no Cunene. Assim, foram seleccionados 10 clusters das secções de recenseamento urbano na Huíla (e 47 do recenseamento rural) e 16 clusters urbanos no Cunene (41 rurais).¹⁰ Além disso, 6 clusters de reserva também foram designados para cada área de inquérito, a utilizar em caso de necessidade¹¹.

Para cada uma das cessões censitárias seleccionadas, o INE forneceu um mapa com as coordenadas e as características principais, e os mapas foram impressos a ser utilizados pelas equipas (ver no *Anexo 2* a lista de clusters designados).

3.2. Amostragem de segunda fase: seleção dos agregados

Amostragem aleatória simples foi usada para seleccionar os 12 agregados por cluster a serem inquiridos.

Para ambos os inquéritos, antes da chegada das equipas nos clusters designados, as respectivas autoridades municipais e o dirigente local (soba) ou a pessoa de contacto foram previamente informados pelo mobilizador do inquérito, tanto presencialmente como com cartas formais assinadas pelos representantes do MS ao nível provincial para garantir a aceitação das actividades do inquérito. O mobilizador informou sobre os objectivos e métodos do inquérito, o procedimento de seleção da área e dos agregados familiares, bem como solicitou à pessoa de contato de assegurar que uma lista actualizada de agregados estaria disponível no dia designado do inquérito. Quando a equipa chegou no cluster para a recolha de dados, o chefe da equipa verificou a lista de agregados e perguntou se algum dos agregados da lista se mudou ou estava temporariamente fora ou ausentes. Quando as listas não estavam disponíveis, os chefes de família do cluster designado foram listados com o apoio do soba ou do secretário. Depois que a lista completa de chefes de família ser actualizada (ou gerada), a equipa usou números aleatórios para seleccionar os agregados na lista.

⁸ Recenseamento Geral da População e Habitação

⁹ O recenseamento consiste em duas bases de dados separadas, uma com as secções de recenseamento urbano e outra com as secções de recenseamento rural.

¹⁰ Estratificamos e analisamos primeiro quantos destes 57 clusters deveriam ser urbanos e quantos deveriam ser rurais para cada um dos dois inquéritos, sempre seguindo o Inquérito de Prevalência de Ponto (IPP). Para ilustrar isto, o exemplo do inquérito na Huíla é detalhado aqui: como 18,2% da população é urbana na Huíla, o que significa que $57 \times 18,2/100 = 10,3$. Dez clusters deveriam ser urbanos e 47, rurais na Huíla. Depois, seleccionamos 10 clusters da lista de recenseamento urbano e 47 da lista de recenseamento rural. Seguimos o mesmo procedimento para o inquérito na região de Cunene.

¹¹ Seguindo os critérios SMART, os clusters de reserva só devem ser usados se é impossível de alcançar 10% de clusters originais ou mais durante o inquérito pesquisa, ou se a proporção de crianças de 6-59 meses atingidas for inferior a 80% do tamanho previsto da amostra.

A unidade básica de amostragem (ou seja, o agregado) foi definida com segue: *pessoa ou grupo de pessoas, membros da família ou não, que vivam sob o mesmo teto, comendo da mesma panela e reconhecendo a autoridade de uma pessoa que é a chefe do agregado familiar*. Nas famílias polígamas com várias estruturas dentro do mesmo recinto, mas com esposas diferentes dispendo dos seus caldeirões próprios, as estruturas foram consideradas como agregados separados e listadas separadamente. Nos casos em que não havia criança elegível, o agregado ainda fazia parte da amostra deste cluster (sem substituição de agregados) e foi registrado no formulário de controlo familiar como não tendo filhos elegíveis. Se um respondente ou um agregado inteiro estivesse ausente no momento da visita, as equipas deixaram uma mensagem e voltaram a visitá-lo mais tarde para recolher dados sobre a criança/agregado ausente, e nenhuma substituição foi feita. Se uma criança estivesse num hospital localizado num raio de 20 km, a equipa visitaria a criança no fim do dia de trabalho. Finalmente, se um agregado se recusasse a participar, foi considerada uma recusa e este agregado não foi substituído por um outro. Os registos detalhados dos resultados de todos os agregados familiares inquiridos em cada cluster foram cuidadosamente mantidos no formulário de controlo de cluster (*Anexo 3*).

Ferramentas de inquérito: instrumentos de pesquisa e dados recolhidos

Três questionários estruturados foram utilizados para fornecer informações sobre os indicadores relevantes. Eles foram preparados em inglês/espanhol, traduzidos para o português e instruídos no dialeto local (houve diferentes dialetos). Todos os questionários foram refinados durante a formação e pré-testados antes do inquérito (uma cópia dos questionários figura no *Anexo 4*). Os dados foram recolhidos através da plataforma de recolha de dados móveis SurveyCTO v2.60.8 em smartphones. Os questionários de referência utilizados e as áreas abrangidas foram:

Questionário antropométrico para crianças de 6 a 59 meses: o inquérito utilizou o modelo SMART disponível no pacote ENA for SMART. Informações recolhidas sobre a idade, o sexo, as medidas antropométricas, o edema, a vacinação contra o sarampo e o número de refeições consumidas no dia anterior à recolha de dados.

- **A idade** das crianças foi estimada a partir da data de nascimento obtida no cartão de saúde ou no outro documento oficial. Na ausência destes documentos, um calendário local de eventos foi usado para estimar a idade em meses (*Anexo 5*).
- **O género/sexo:** registrado como 'm' para o masculino e 'f' para o feminino.
- **O peso** foi obtido por meio de uma balança digital eletrônica (SECA) com função mãe/filho e uma tábua de madeira para estabilizá-la no chão. As medidas foram tomadas com o 0,1 kg mais próximo. Cada balança foi verificada regularmente com um peso padrão de 5 kg antes do início do inquérito e diariamente durante o inquérito. As crianças que não conseguiram ficar sozinhas foram pesadas nos braços do seu cuidador, utilizando a função mãe/filho. As crianças eram pesadas sem roupa e imediatamente vestidas antes de outras medidas.
- **A altura e o comprimento** foram obtidos usando uma tábua de madeira do UNICEF e em conformidade com as recomendações standard. A medida foi registrada no valor mais próximo de 0,1 cm. As crianças com menos de 24 meses foram medidas numa posição supina. As crianças com mais de 24 meses foram medidas de pé.
- **O edema cacifo bilateral** foi determinado pela aplicação de uma pressão moderada do polegar durante três segundos em ambos os pés. Se uma impressão superficial permanecesse nos dois pés, registrar que havia edema. A confirmação foi solicitada pelos supervisores do inquérito.
- **A circunferência do braço (CB)** esquerdo das crianças de 6 a 59 meses foi medida através duma fita. A medida da CB foi registrada no mm mais próximo.
- **Vacinação contra o sarampo** entre crianças de 9 a 59 meses: a vacinação contra o sarampo foi avaliada ao verificar a confirmação da vacina contra o sarampo no cartão de saúde.

- **Número de refeições consumidas no dia anterior à recolha de dados:** número de refeições sólidas, semi-sólidas ou macias; a amamentação não foi considerada uma refeição.

Questionário de práticas de amamentação para bebés de 0 a 5 meses: adaptado do IIMS realizado em 2015 em Angola¹². As informações continham questões sobre o estado da amamentação e os líquidos e/ou outros alimentos consumidos nas últimas 24 horas.

Questionário de mortalidade: o inquérito utilizou o modelo SMART disponível no pacote ENA. Os dados retrospectivos de mortalidade foram recolhidos em todos os agregados visitados, incluindo aqueles sem crianças menores de cinco anos. Foi utilizado um período de referência de 76 dias (que ocorreu a partir de 17 de setembro de 2019: o Dia Nacional do Herói). As informações foram recolhidas sobre: 1) o número total de pessoas no agregado, incluindo a idade e o sexo para cada uma delas; 2) o número de pessoas que deixaram a casa durante o período de referência; 3) o número de pessoas que se juntaram ao agregado durante do período de referência, 4) o número de nascimentos no agregado durante do período de referência, 5) o número de mortes durante do período de referência e 6) o número de mulheres grávidas no início do período de referência.

Formação das equipas de inquérito

O pessoal que fazia parte das equipas era composto por enfermeiros e nutricionistas do Ministério da Saúde (dos níveis central, provincial e municipal), funcionários dos Serviços de Proteção Civil de Angola, agentes comunitários de saúde bem como outros agentes do programa de nutrição da VM, e dois nutricionistas do UNICEF.

As equipas de inquérito receberam uma formação sobre a metodologia SMART de 5 dias, liderada por dois consultores técnicos da equipa técnica de intervenção rápida (RRT). No total, 44 pessoas participaram na formação; 35 entrevistadores¹³, 4 supervisores, 2 mobilizadores do inquérito¹⁴ e 3 coordenadores – o quarto coordenador foi um dos formadores bem como o gestor do inquérito. A atribuição dos diferentes cargos dentro das equipas de inquérito foi feita no fim do segundo dia da formação, uma vez que os chefes e supervisores da equipa deveriam ser formados na entrada de dados com terminal portátil.

Os assuntos abordados durante a formação concentraram-se nos seguintes elementos: a desnutrição e as suas causas, a finalidade e os objectivos do inquérito, a metodologia de amostragem, as medidas antropométricas e os erros comuns, os papéis e as responsabilidades de cada membro da equipa, a familiarização com os questionários ao analisar o objectivo de cada pergunta, as habilidades de entrevista e de registro de dados, a interpretação do calendário de eventos e a determinação da idade, o encaminhamento para crianças desnutridas, a verificação da qualidade após o preenchimento dos questionários e os procedimentos de campo. As sessões eram teóricas e práticas. Quase um dia inteiro foi dedicado à recolha de dados com os smartphones e direcionado aos chefes e supervisores de equipa. Ao mesmo tempo, os participantes selecionados como entrevistadores praticaram e melhoraram a sua técnica com as crianças, bem como com o calendário local de eventos.

No 4º dia da formação, um teste de padronização foi efectuado para avaliar a precisão e a exactidão das medidas antropométricas tomadas entre os pesquisadores. Um exercício de pilotagem de um dia foi empreendido numa comunidade que não tinha sido selecionada como parte dos clusters de amostragem, a fim de introduzir as equipas ao trabalho de campo e de avaliar se as ferramentas estavam bem adaptadas ao inquérito.

¹² Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde. IIMS (2015-2016). Governo de Angola e Instituto Nacional de Estatística.

¹³ Destas, 31 pessoas tinham como objectivo configurar as equipas de inquérito (quer como medidores, quer como chefes de equipa) e quatro – parte da equipa do MS – participaram para reforçar as suas capacidades conforme acordado com o MS e, portanto, acompanharam apenas as equipas de inquérito durante o dia da recolha de dados nos respectivos municípios.

¹⁴ Os mobilizadores, que são também funcionários relevantes do MS, participaram na formação durante o dia em que a metodologia e os procedimentos da pesquisa foram discutidos.

Um manual do pesquisador com instruções detalhadas foi fornecido para apoiar o trabalho de campo.

Equipas de inquérito, recolha de dados de campo, supervisão e controle de qualidade

Os inquéritos foram realizados por cinco equipas em cada área. Cada equipa era composta por três membros: o chef de equipa responsável, entre outras tarefas, de entrevistar os agregados e de preencher o questionário no smartphone, e dois entrevistadores (medidor e assistente). A equipa de supervisão incluía dois supervisores (1 da VM e 1 do MS) e dois coordenadores por área de inquérito em cada província (1 do UNICEF e 1 do MS).

A recolha de dados ocorreu simultaneamente nas áreas inquiridas da Huíla e do Cunene e durou um total de doze dias ¹⁵. Um dia de descanso (domingo) foi incluído neste período para as equipas pudessem descansar, devido ao prolongado período de recolha de dados, aos longos dias de trabalho, e garantir a qualidade.

Cada equipa conseguiu concluir um cluster por dia (12 agregados). Antes de prosseguir com o inquérito no agregado selecionado, as equipas explicaram o objectivo do inquérito e as questões de confidencialidade, e obtiveram o consentimento verbal.

As fortes chuvas nos primeiros dias da recolha de dados impediram as equipas de rastrear as datas originais de planeamento do cluster, pois alguns dos clusters designados não estavam mais acessíveis. Após ajustar o calendário de recolha de dados, todos os 57 clusters puderam ser inquiridos na área do Cunene, enquanto na Huíla três clusters permaneceram inacessíveis durante todo o período de recolha de dados devido ao desabamento duma ponte. Por fim, não era viável chegar à comunidade por quaisquer outros meios disponíveis (incluindo barco e moto).

Em cada área de inquérito, as equipas foram acompanhadas de perto durante o trabalho de campo ao longo do período do inquérito por dois supervisores e coordenadores, incluindo a supervisão de apoio por parte do gestor do inquérito. O programa de planeamento dos clusters foi organizado de forma a permitir que todas as equipas fossem supervisionadas diariamente durante os primeiros dias da recolha de dados¹⁶. Em geral, no inquérito na Huíla, os supervisores e coordenadores (quatro no total) designaram uma equipa por dia, e um deles se juntaria à quinta equipa depois de garantir que a equipa que ingressou no início da manhã estava a executar a recolha de dados sem problemas. A respeito do inquérito no Cunene, após os primeiros dias de recolha de dados, cada supervisor designou duas equipas rotativamente¹⁷, e o gestor do inquérito supervisionaria a quinta equipa, sempre numa base rotativa. As verificações diárias da qualidade das medidas antropométricas revelam quais equipas precisavam de uma supervisão mais estreita desde o início. Convém notar que, ocasionalmente e nos últimos dias da recolha de dados, uma das equipas teve de recolher os dados sem supervisão devido às longas distâncias entre os clusters e às grandes dificuldades de os alcançar. Cerca da metade dos dias de recolha de dados, as equipas tiveram de passar a noite fora da cidade-base por causa das longas distâncias a percorrer.

Cada questionário foi revisado pelo chefe da equipa depois de ter o preenchido e antes de sair do agregado (verificação que todos os campos sejam preenchidos e não existem quaisquer incoerências nos dados). Os questionários elaborados no SurveyCTO também tinham condições codificadas ou alertas para evitar erros/incoerências na entrada de dados. Como os

¹⁵Globalmente, a recolha de dados foi realizada a partir de 3 a 16 Dezembro de 2019. Para Huíla, os dados foram concluídos em 11 dias (de 3 a 14 Dezembro), enquanto que no Cunene foram necessários 12 dias (de 3 a 16 Dezembro – além disso, as equipas em Cunene não puderam trabalhar um dia porque devido às fortes chuvas, um carro foi atelado durante mais de 12 horas, e a equipa, bem como todos os outros carros/membros da equipa que foram apoiar, tiveram que passar a noite sem possibilidade de mover se e só poderia voltar no dia seguinte).

¹⁶ Os clusters completaram os primeiros 2 dias quando na cidade-base ou nas proximidades.

¹⁷ Um dos coordenadores não pôde continuar depois da primeira semana devido a uma prioridade imprevista.

smartphones foram usados para a recolha de dados em vez dos tablets, a revisão do questionário pelos chefes de equipa não foi muito fácil devido ao pequeno tamanho da tela. Assim, para garantir coerência dos dados antropométricos coletados, as equipas registraram também o número do agregado, bem como o nome, a idade, o peso, a altura e a CB de cada criança pesquisada no “formulário dos clusters para revisão das medidas antropométricas” (Anexo 8); desta forma, as medidas de cada criança foram não só verificadas antes de sair do agregado, mas também cruzadas com os dados inseridos no telefone móvel. Quando os dados não coincidem ou qualquer incoerência foi detectada (por exemplo, uma criança de 7 meses com uma altura registrada de 80 cm), as medidas da criança foram realizadas novamente e atualizadas em conformidade no telefone celular e no “formulário dos clusters para a revisão de medidas antropométricas” .

Após um dia de trabalho de campo, uma sessão de resolução de problemas para abarcar situações específicas ou clarificar questões, se houver, foi conduzida pelos supervisores e/ou coordenadores. Os questionários preenchidos diariamente foram verificados pelos supervisores para garantir a qualidade dos dados recolhidos, depois validados e submetidos todos os dias (ou de dois em dois dias quando a rede não estava disponível na área). Um ponto focal do UNICEF ao nível central foi responsável pelo descarregamento dos dados para o servidor configurado onde eles foram recuperados, depois exportados para o formato Excel e enviados ao gestor do inquérito. Por meio do software ENA for SMART, o gestor do inquérito verificou regularmente a plausibilidade não só para permitir gerir quase em tempo real a qualidade dos dados recolhidos no campo, informando assim todos os dias os supervisores em vista do feedback matinal das equipas antes de ir para o campo, mas também para assegurar melhorias contínuas à medida que a recolha de dados progredia. Quando não era possível efectuar verificações diárias de plausibilidade, o “formulário dos clusters para revisão das medidas antropométricas” (recebido directamente ou via whatsapp) ajudou substancialmente a monitorizar a qualidade dos dados e a fornecer feedback diário às equipas.

O uso da folha de controlo dos clusters e do formulário para a revisão de medidas antropométricas, as verificações regulares de plausibilidade, a formação completa dos entrevistadores, os teste piloto antes da recolha de dados e a supervisão rigorosa durante o inquérito para verificar a coerência e a integridade dos questionários a fim de assegurar que os dados recolhidos eram de boa qualidade. Durante a formação e todos os dias durante a recolha de dados, o ênfase está colocado na exactidão e na precisão das medidas e no uso do calendário de eventos, bem como na administração apropriada dos questionários aos entrevistados no idioma local.

Entrada e análise de dados

Todos os ficheiros de dados foram limpos antes da análise. A análise da antropometria e da mortalidade foi realizada por meio de ENA for SMART (versão de 9 de Julho 2015) e o programa Epi Info versão 7.1. foi utilizado para efectuar os testes estatísticos e as análises mas aprofundadas dos índices antropométricos, bem como de outros indicadores (dados sobre a amamentação exclusiva, a vacinação contra o sarampo e o número de refeições consumidas por crianças no dia anterior à recolha de dados). Os índices antropométricos foram computados no software ENA for SMART e os resultados relatados com a exclusão dos valores extremos SMART. Os relatórios de plausibilidade SMART foram gerados para verificar a qualidade dos dados antropométricos (ver *anexos 7 e 8*).

Definições de caso para indicadores antropométricos nutricionais

O software ENA for SMART calcula os z-scores do peso para altura (P/A), da altura para idade (A/I) e do peso para idade (P/I). Utilizando os z scores em referência às normas de crescimento infantil da OMS, os seguintes limites (**Quadro 5**) permitem determinar a prevalência de emaciação, de crescimento atrofiado e de baixo peso.

Quadro 5: Ponto de corte utilizado para determinar a prevalência de emaciação, de crescimento atrofiado e de baixo de peso (OMS 2006).

Pontos de corte para a definição de desnutrição aguda global, moderada e severa usando o z-score do P/A	
Global	< -2 e/ou edema bilateral
Moderada	< -2 DP e \geq -3 DP, sem edema
Severa	< -3 DP e/ou edema bilateral
Pontos de corte para a definição de crescimento atrofiado usando o z-score da A/I	
Crescimento atrofiado	< -2 DP
Crescimento atrofiado moderado	< -2 DP e \geq -3 DP
Crescimento atrofiado severo	< -3 DP
Pontos de corte para a definição de crescimento atrofiado usando o z-score da P/I	
Baixo peso	< -2 DP
Baixo peso moderado	< -2 DP e \geq -3 DP
Baixo peso severo	< -3 DP
Pontos de corte para a definição de desnutrição aguda em função da CB, crianças de 6 a 59 meses	
Global	<125 mm e/ou edema
Moderada	<125 mm e \geq 115 mm
Severa	<115 mm e/ou edema

Os limiares da OMS para avaliar a gravidade da situação nutricional foram recentemente actualizados em 2018. A classificação actualizada da OMS por faixa de prevalência entre crianças menores de 5 anos¹⁸ é apresentada no Quadro 6 abaixo.

Quadro 6: Categorias de limiares de prevalência de emaciação, de crescimento atrofiado e de excesso de peso entre crianças com menos de cinco anos

Marcadores / gravidade	Desnutrição aguda global (P/A)	Crescimento atrofiado (A/I)	Excesso de peso (P/A)
Muito baixo	<2,5%	<2,5%	<2,5%
Baixo	\geq 2,5% - <5%	\geq 2,5% - <10%	\geq 2,5% - <5%
Médio	\geq 5% - <10%	\geq 2,5% - <20%	\geq 5% - <10%
Elevado	\geq 10% - <15%	\geq 2,5% - <30%	\geq 10% - <15%
Muito elevado	\geq 15%	\geq 30%	\geq 15%

A prevalência de DAG, determinada pela CB, foi classificada em termos de gravidade pela Classificação Integrada de Fase de Segurança Alimentar (IPC).¹⁹ As categorias são apresentadas no Quadro 7 abaixo.

Quadro 7: Categorias de gravidade da desnutrição aguda da IPC pela CB

Gravidade	DAG pela CB <125mm e/ou edema
Extremamente crítica	\geq 17%
Crítica	11,0 to 16,9%
Alerta - Séria	6,0 to 10,9%
Aceitável	<6%

¹⁸ Onis M, Borghi E, Arimong M, Webb P, et al (2018). Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years. Public Health Nutrition p 1-5.

¹⁹ IPC 2016. Addendum to the IPC technical manual version 2.0. Tools and procedures for classification of acute malnutrition.

Limitações

A documentação das datas exactas de nascimento das crianças de 6 a 59 meses era fraca, especialmente na área de inquérito da Huíla, onde apenas 35% de todas as crianças tinham uma data oficial de nascimento de acordo com o cartão de saúde ou um outro documento oficial (entre as crianças da região do Cunene, 70% tinham data precisa de nascimento). Quando não existia um documento oficial para uma criança seleccionada, as equipas usavam o calendário de eventos para estimar a idade. Assim, o viés de memória poderia ter ocorrido devido à dificuldade não só dos cuidadores em lembrar os acontecimentos em torno do nascimento da criança, mas também de algumas equipas em usar com precisão o calendário de eventos. As equipas encontraram alguns cuidadores (nomeadamente as avós) que nem se lembravam do ano de nascimento da criança, mas apenas garantiram a idade da criança. Isto provavelmente reduziu a qualidade dos dados de idade no inquérito na Huíla.

Em geral, a metodologia SMART não está adaptada aos indicadores da ABCP. Para a amamentação exclusiva, o tamanho da amostra baseava-se na antropometria e era demasiado baixo; portanto, o intervalo de confiança é muito grande para tirar conclusões válidas no que diz respeito a ambos os inquéritos.

Como os relatórios sobre o número de refeições incluem sempre o risco de excesso de notificações ou de sub-notificação, as perguntas foram feitas de forma a minimizá-lo.

RESULTADOS

Descrição da amostra do inquérito

O **Quadro 8** resume o número de agregados familiares inquiridos em cada uma das duas áreas do inquérito, bem como o número total de crianças. O número de agregados concluídos na Huíla é um pouco menor porque três clusters não puderam ser inquiridos devido à falta de acesso. Como os critérios da cobertura SMART²⁰ foram cumpridos (95,8% dos clusters foram atendidos e o número total de crianças pesquisadas excedeu o objectivo de 736, atingindo 120,6%), não houve necessidade de usar os clusters de reserva. A taxa de não resposta foi de 1,7% e 0,9% nas áreas de inquérito da Huíla e do Cunene, respectivamente.

O tamanho médio dos agregados era de 5,9 pessoas na Huíla e de 6,9 no Cunene. O número médio de crianças menores de cinco anos por agregado foi de 1,6 na Huíla e de 1,4 no Cunene. Do total das crianças inquiridas, os bebés de 0 a 5 meses representaram 10,9% (Huíla) e 10,8% (Cunene) da amostra total.

Quadro 8: Agregados familiares e crianças inquiridos, por grupo-alvo

Área inquirida	Agregados familiares					Grupos-alvo	
	Amostra planeada*	Amostra inquirida	Acordado	Recusado	Ausente	Crianças 6-59 meses**	Crianças < 6 meses
Huíla	684	648	637 (98,3%)	0 (0,0%)	11 (1,7%)	888 (120,6%)	109
Cunene	684	684	678 (99,1%)	3 (0,4%)	3 (0,4%)	816 (110,9%)	99

*O número planeado de agregados familiares foi calculado como 12 agregados por cluster (57 no total por inquérito).

** Número total de crianças de 6 a 59 meses pesquisadas e percentagem da amostra planeada conseguida (amostra planeada de 736 por inquérito).

A proporção de agregados familiares que vivem em áreas urbanas foi de 18,7% (119/637) e de 27,7% (188/678) nas áreas de inquérito da Huíla e do Cunene, respectivamente.

1. Distribuição de crianças de 6 a 59 meses

A distribuição por idade e sexo de crianças de 6 a 59 meses está resumida no **Quadro 9**. A proporção de meninos para meninas foi de 1,0 na Huíla e de 1,1 no Cunene. Note-se que a representação de meninas na categoria de idade mais avançada no Cunene foi menor do que o esperado (rácio de meninos para meninas de 1,6). Aqui, várias crianças (n = 11) estavam ausentes durante o dia do inquérito porque foram enviadas de férias durante o período do Natal, geralmente as crianças mais velhas. Uma hipótese possível por trás da sub-representação de meninas no cluster mais velho pode ser a de que elas são privilegiadas em comparação com os meninos durante o período de férias (algo que ainda está por explorar).

Para ambos os inquéritos, há uma sub-representação da categoria de idade mais avançada. Isto pode ser o resultado da combinação de: 1) a dificuldade para as mães/cuidadores em precisar a idade exacta das crianças mais velhas, juntamente com as dificuldades das equipas na utilização do calendário de eventos e 2) as avós frequentemente não se lembram de qualquer evento por volta da idade da criança, nem mesmo o ano de nascimento da criança.

²⁰ Seguindo os critérios SMART, o mínimo de 90% dos clusters e mais de 80% do tamanho da amostra planeada de crianças.

Quadro 9: Distribuição de crianças amostradas de 6 a 59 meses por idade, género e área de inquérito

Idade (meses)	HUÍLA							CUNENE						
	Meninos		Meninas		Total		Rácio menino/menina	Meninos		Meninas		Total		Rácio menino/menina
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
6-17	124	54,1	105	45,9	229	25,8	1,2	86	47,8	94	52,2	180	22,1	0,9
18-29	92	42,4	125	57,6	217	24,4	0,7	101	48,1	109	51,9	210	25,7	0,9
30-41	103	48,4	110	51,6	213	24,0	0,9	105	53,6	91	46,4	196	24,0	1,2
42-53	90	52,6	81	47,4	171	19,3	1,1	84	51,9	78	48,1	162	19,9	1,1
54-59	32	55,2	26	44,8	58	6,5	1,2	42	61,8	26	38,2	68	8,3	1,6
Total	441	49,7	447	50,3	888	100,0	1,0	418	51,2	398	48,8	816	100,0	1,1

Estado nutricional das crianças de 6 a 59 meses

A avaliação antropométrica do estado nutricional das crianças de 6 a 59 meses, resumida nesta secção, baseia-se nas normas de crescimento da OMS de 2006.

O controle de plausibilidade por meio de ENA for SMART apresenta diferentes análises da amostra de crianças e dados antropométricos. O **Quadro 10** abaixo resume a pontuação global de qualidade e os indicadores de qualidade específicos que são usados para avaliar a qualidade do inquérito. Os relatórios de plausibilidade completos de cada inquérito são apresentados nos anexos 7 e 8.

Quadro 10: Resultados do relatório da plausibilidade para dados antropométricos

Indicador de qualidade	Huíla	Cunene
Pontuação geral de qualidade (%)*	4	5
Rácio etário de 6-29/30-59 meses (qui-quadrado significativo –p-) **	0,011	0,289
Rácio de sexo (qui-quadrado significativo –p-) ***	0,840	0,484
Pontuação de preferência digital para o peso ****	3	4
Pontuação de preferência digital para a altura ****	6	5
Pontuação de preferência digital para a CB ****	4	4

*Pontuação geral de qualidade (0-9 excelente, 10-14 boa, 15-24 aceitável, > 25 problemática)

** Rácio de idade 6-29/30-59 – qui-quadrado significativo (p)-: (>0.1 excelente, >0,05 bom, >0.001 aceitável, <0,001 problemático).

*** Rácio de sexo – qui-quadrado significativo (p)-: (>0.1 excelente, >0,05 bom, >0.001 aceitável, <0,001 problemático).

****Pontuação de preferência digital (0-7 excelente, 8-12 boa, 13-20 aceitável, > 20 problemática).

Segundo os relatórios de plausibilidade, os inquéritos eram excelentes e os indicadores de representatividade bem como a preferência digital cumpriram os requisitos da metodologia SMART. Embora o rácio de idade tenha desviado ligeiramente do esperado 0,85 (1,01 na Huíla e 0,92 no Cunene), devido à pequena sub-representação dos clusters de crianças mais velhas (**Quadro 9**), os resultados de qui-quadrado para avaliar a qualidade, tal como indicado no relatório de plausibilidade, estão abaixo dos níveis aceitáveis, como apresentado no quadro acima.

O número total de crianças pesquisadas foi de 888 e de 816 nas áreas de inquérito da Huíla e do Cunene, respectivamente. No entanto, para algumas crianças as medidas de peso e/ou de altura não puderam ser realizadas, seja por deficiência física (6 crianças) ou porque a balança digital mudou para libras e a equipa pensou que não estava a funcionar bem²¹ (3 crianças).

A análise dos indicadores nutricionais (P/A – desnutrição aguda; A/I – crescimento atrofiado; P/I – baixo peso), apresentada abaixo foi realizada após a exclusão dos valores extremos SMART

²¹ Felizmente, isto aconteceu no último agregado do cluster naquele dia. Não foi possível substituir a balança digital, devido à falta de rede e às longas distâncias entre os clusters.

(z-scores de -3 e +3, baseados na média observada da população pesquisada). O **Quadro 11** apresenta a amostra final para cada um dos indicadores nutricionais. Para a análise da CB, nenhum dado foi excluído..

A proporção de crianças com data exacta de nascimento (data do documento oficial de nascimento disponível) foi de 35% e de 70% nas áreas de inquérito da Huíla e do Cunene, respectivamente. Mesmo se as equipas utilizaram cuidadosamente o calendário de eventos, elas encontraram algumas dificuldades em determinar a idade exacta. A maioria dos valores extremos SMART para a A/I e o P/I deveu-se a discrepâncias de idade. Ainda assim, o desvio padrão da A/I permanece dentro do intervalo aceitável de 0,8 a 1.2, e os resultados podem ser considerados representativos.

Table 11: Mean z-scores, Design Effects and excluded subjects

Indicador	Huíla					
	Valores extremos excluídos	n	z-scores médios ± DP	Efeito de concepção (z-score < -2)	z-scores não disponíveis*	z-scores fora dos limites (valores extremos)
Peso para altura	SMART	868	-0,63±1,08	1,00	5	15
Peso para idade	SMART	878	-1,52±1,10	1,46	2	8
Altura para idade	SMART	854	-1,95±1,18	1,00	3	31
Cunene						
Peso para altura	SMART	804	-0,76±1,00	1,55	4	8
Peso para idade	SMART	808	-1,42±1,05	1,82	3	5
Altura para idade	SMART	787	-1,66±1,13	1,39	2	27

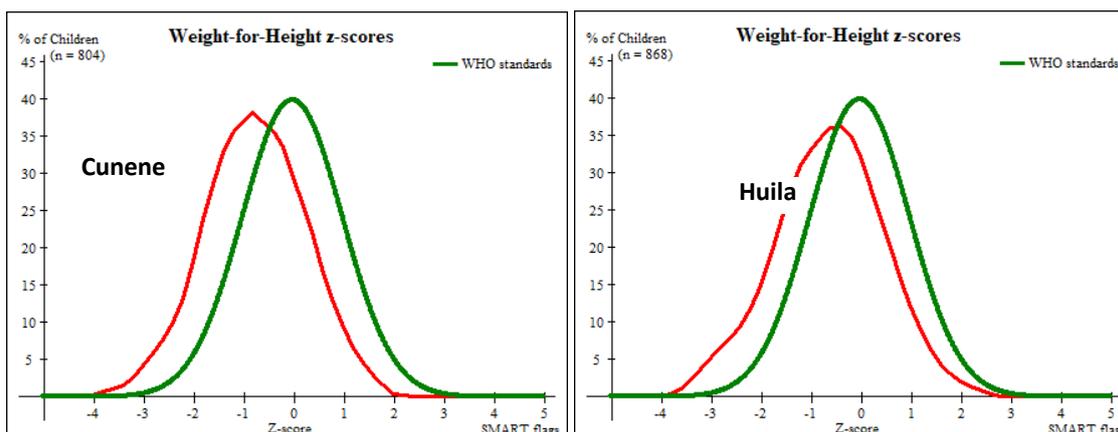
* Os casos de edema (2) não são contados para o P/A

1. Desnutrição aguda nas crianças de 6 a 59 meses

A **Figura 2** representa a distribuição dos z-scores do P/A (curva vermelha) em comparação com a população internacional de referência da OMS (2006) (curva verde) para cada área de inquérito. Ambas as curvas são deslocadas para a esquerda, com a média +DP do P/A de -0,63±1,08 e de -0,76±1,00 para as áreas de inquérito da Huíla e do Cunene, respectivamente, ilustrando um pior estado nutricional que o da população de referência.

O efeito de concepção para o P/A na Huíla foi de 1.0, sugerindo uma homogeneidade entre os clusters. No entanto, o mesmo efeito na área do Cunene foi de 1,55, o que indica algumas variações entre os clusters que implicariam uma certa heterogeneidade da população. No que diz respeito ao inquérito no Cunene, a distribuição de Poisson foi estatisticamente significativa e o índice de dispersão (ID) daria a entender que havia bolsas de desnutrição (ID superior a 1 e $p < 0,05$). Isto pode ser explicado pela área efectivamente inquirida abrangida, incluindo o contexto rural e urbano, quando as características e vulnerabilidades da população podem ser bastante diferentes.

Figura 2: Distribuição dos z-scores do P/A para crianças de 6 a 59 meses, por área de inquérito



O prevalência de DAG por P/A foi similar em ambos os inquéritos, com 10,8% (8,8 - 13,2 IC 95%) na Huíla e 10,6% (8,2% - 13,6% IC 95%) no Cunene. A prevalência de DAS foi de 2,1% (1,4 – 3,1 IC 95%) e de 1,1% (0,6 a 2,2 IC 95%) na Huíla e no Cunene, respectivamente (**Quadro 12**). Apenas duas crianças apresentaram-se com edema bilateral na Huíla (0,2%), e nenhum caso foi encontrado no Cunene entre as crianças pesquisadas. A gravidade da situação é classificada como *Elevada* em ambas as áreas de inquérito, de acordo com os limiares da OMS (2018).

A prevalência de DAG por P/A nas duas áreas de inquérito foi maior em meninos do que em meninas. No entanto, a diferença não foi estatisticamente significativa na Huíla, enquanto seguindo o teste estatístico no Cunene, os meninos são mais vulneráveis à desnutrição aguda que as meninas (valor de p de 0,007).

Quadro 12 : Prevalência de desnutrição aguda baseada nos z-scores do P/A (e/ou edema) por sexo e por área de inquérito

HUÍLA									
	Todos (870)			Meninos (429)			Meninas (441)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
DAG	94	10,8	(8,8-13,2)	51	11,9	(9,2-15,3)	43	9,8	(6,9-13,7)
DAM	76	8,7	(7,0-10,8)	43	10,0	(7,4-13,4)	33	7,5	(5,3-10,5)
DAS	18	2,1	(1,4-3,1)	8	1,9	(1,0-3,5)	10	2,3	(1,3-4,0)
A prevalência de edema é de 0,2%									
CUNENE									
	Todos (804)			Meninos (410)			Meninas (394)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
DAG	85	10,6	(8,2-13,6)	54	13,2	(9,3-18,3)	31	7,9	(5,7-10,8)
DAM	76	9,5	(7,3-12,1)	47	11,5	(8,2-15,9)	29	7,4	(5,2-10,3)
DAS	9	1,1	(0,6-2,2)	7	1,7	(0,9-3,4)	2	0,5	(0,1-2,0)
A prevalência de edema é de 0,0%									

O **Quadro 13** mostra a prevalência de desnutrição aguda por P/A desagregado em dois grupos etários, de 6-23 meses e de 24 a 59 meses (para mais detalhes sobre a prevalência das 5 faixas etárias consulte o anexo 9). Em ambas as áreas de inquérito, a análise estatística revelou que as crianças de 6 e 23 meses eram mais propensas a sofrer de desnutrição aguda do que as crianças entre os 24 e 59 meses (valor de p de 0,005 na Huíla e de 0,002 no Cunene).

Quadro 13: Prevalência de desnutrição aguda das crianças de 6 a 23 meses e das crianças de 24 a 59 meses por área de inquérito, baseada nos z-scores do P/A (&/ou edema)

As estimativas de desnutrição aguda foram avaliadas usando os valores da CB. A CB é particularmente sensível à perda aguda de peso, pois reflete a emaciação periférica dos músculos e do tecido adiposo subcutâneo. A CB é uma ferramenta útil para identificar rapidamente as crianças com um maior risco de mortalidade ao nível comunitário. De acordo

com a análise da CB apresentada no **Quadro 14**, 8,2% (6,3 – 10,6 IC 95%), as crianças entre os 6 e os 59 meses sofriam de desnutrição aguda (CB < 125mm) no inquérito na Huíla, e 6,9% (4,8 - 9,8 99% CI) no Cunene. Além disso, 2,1% das crianças na Huíla e 1,2% no Cunene foram encontradas em alto risco de mortalidade (CB <115mm). Não houve diferenças significativas entre meninos e meninas.

Quadro 14: Prevalência de desnutrição aguda baseada nos limiares da CB (e/ou edema) por sexo e área de inquérito

HUÍLA									
	Todos (n=888)			Meninos (n=441)			Meninas (n=441)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
DAG	73	8,2	(6,3-10,6)	41	9,3	(6,6-12,9)	32	7,2	(4,9-10,3)
DAM	54	6,1	(4,6-8,1)	34	7,7	(5,5-10,8)	20	4,5	(2,9-6,9)
DAS	19	2,1	(1,4-3,3)	7	1,6	(0,7-3,5)	12	2,7	(1,5-4,7)
CUNENE									
	Todos (n=816)			Meninos (n=418)			Meninas (n=398)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
DAG	56	6,9	(4,8-9,8)	26	6,2	(3,7-10,2)	30	7,5	(5,2-10,8)
DAM	46	5,6	(3,9-8,1)	21	5,0	(3,1-8,1)	25	6,3	(4,0-9,7)
DAS	10	1,2	(0,6-2,4)	5	1,2	(0,4-3,3)	5	1,3	(0,5-2,9)

Como esperado, a desagregação da CB em dois grupos etários (crianças de 6-23 meses e de 24-59 meses) mostra uma prevalência significativamente mais alta de desnutrição aguda para o grupo mais novo (Quadro 15), com valor de $p < 0.001$ na Huíla, bem como nas áreas inquiridas no Cunene. Mais detalhes sobre a prevalência da CB por grupo etário são apresentados no *anexo 9*.

Quadro 15: Prevalência de desnutrição aguda das crianças de 6 a 23 meses e das crianças de 24 a 59 meses, baseada nos limiares da CB (e/ou edema) por área de inquérito

HUÍLA (n=888)						
	Crianças 6-23 meses (n=329)			Crianças 24-59 meses (n=554)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
DAG	51	15,5	(12,0-19,8)	22	3,9	(2,6-5,9)
DAS	16	4,9	(3,0-7,8)	3	0,5	(0,2-1,6)
CUNENE (816)						
	Crianças 6-23 meses (n=280)			Crianças 24-59 meses (n=536)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
DAG	44	15,7	(11,7-20,5)	12	2,2	(1,3-3,9)
DAS	10	3,6	(1,7-6,5)	0	0,0	-

O protocolo de GIDA em Angola inclui a CB, o P/A e o edema como critérios independentes para a deteção e a inscrição de casos com vista ao tratamento de desnutrição aguda. A fim de representar a prevalência de desnutrição aguda nas crianças entre os 6 e os 59 meses com mais precisão, o **Quadro 16** abaixo apresenta a prevalência combinada de DAG por z-score do P/A (z-scores < -2), da CB (<125 mm) e/ou do edema nutricional. Este indicador agregado chama-se desnutrição aguda global combinada (DAGc); para o seu cálculo, as crianças com o z-score do P/A ou a CB em falta foram excluídas do conjunto de dados. A prevalência de DAGc foi de 13,6% (11,5 – 16,0 IC 95%) e de 12,9% (10,9% - 15,6% IC 95%) nos inquéritos na Huíla e no Cunene, respectivamente. A desnutrição aguda severa combinada (DASc) foi de 3,0% na área de inquérito de Huíla e de 1,7% naquela de Cunene. A DAG e a DAS combinadas são muito importantes para representar com maior precisão o fardo da desnutrição aguda entre as crianças de 6 a 59 meses em cada área inquirida.

Quadro 16: Prevalência de desnutrição aguda baseada nos z-scores do peso para altura e/ou edema ou nos limiares da CB, por área de inquérito

	HUÍLA (n=870)			CUNENE (n=804)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
DAGc (P/A<-2 &/ou CB < 125 &/ou edema)	118	13,6	(11,5-16,0)	104	12,9	(10,9-15,6)
DAMc (P/A<-2 &/ou CB < 125 & ≥115)	92	10,6	(8,7-12,8)	90	12,1	(9,2-13,6)
DASc (P/A<-3 &/ou CB < 115 &/ou edema)	26	3,0	(2,1-4,3)	14	1,7	(1,0-2,9)

O **Quadro 17** retrata o quadro recapitulativo para todos os indicadores de desnutrição aguda acima apresentados, nomeadamente os z scores do P/A, a CB e a DAGc. Globalmente, entre as crianças pesquisadas de 6 a 59 meses, mais casos de DAG são identificados pelos z scores do P/A (n=179) do que pela CB (n=129), embora considerando a DAGc, há um total de 222 casos de DAG. Entre todos os casos de DAG, apenas 31,9% e 31,7% deles foram identificados de acordo com ambos os indicadores nas áreas de inquérito da Huíla e do Cunene, respectivamente.

Quadro 17: Prevalência de desnutrição aguda por z-scores do P/A, CB e DAGc (e/ou edema), por área de inquérito

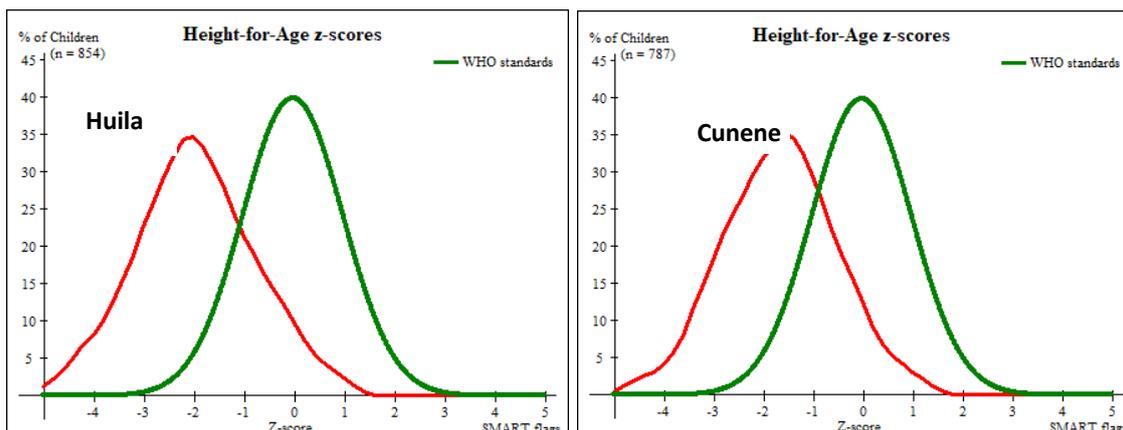
HUÍLA									
	DAG			DAM			DAS		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
z-scores do P/A	94	10,8	(8,8-13,2)	76	8,7	(7,0-10,8)	10	3,1	(1,7-5,7)
CB	73	8,2	(6,3-10,6)	54	6,1	(4,6-8,1)	19	2,1	(1,4-3,3)
DAGc	118	13,6	(11,5-16,0)	92	10,6	(8,7-12,8)	26	3,0	(2,1-4,3)
CUNENE									
	GAM			MAM			SAM		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
z-scores do P/A	85	10,6	(8,2-13,6)	76	9,5	(7,3-12,1)	9	1,1	(0,6-2,2)
CB	56	6,9	(4,8-9,8)	46	5,6	(3,9-8,1)	10	1,2	(0,6-2,4)
DAGc	104	12,9	(10,9-15,6)	90	12,1	(9,2-13,6)	14	1,7	(1,0-2,9)

2. Crescimento atrofiado entre crianças de 6 a 59 meses

A janela de oportunidade dos primeiros 1.000 dias de uma criança é o período da procriação, passando pela gravidez, o nascimento e a primeira infância até aos dois anos de idade. Este período é extremamente importante na prevenção do crescimento atrofiado e das suas consequências.

Como mostrado em **Figura 3**, os z-scores deste estudo (curva vermelha) foram deslocados para a esquerda da população de referência da OMS de 2006, indicando uma prevalência elevada de crescimento atrofiado.

Figura 3: Distribuição dos z-scores da A/I das crianças de 6-59 meses por área de inquérito



A prevalência de crescimento atrofiado foi de 49,4% (46,2 – 52,6 IC 95%) no inquérito na Huíla e de 37,2% (33,3 – 41,4 IC 95%) no inquérito no Cunene (**Quadro 18**) e 19,3% (16,6 – 22,3 IC 95%) e 12,2% (9,8 – 15,2 IC 95%) das crianças pesquisadas na Huíla e no Cunene, respectivamente, sofrem de crescimento atrofiado grave. Os meninos tiveram uma prevalência significativamente mais alta de crescimento atrofiado do que as meninas (valor de p de 0,004 na Huíla e de 0,005 no Cunene). De acordo com os limiares da OMS de 2018²², a prevalência de crescimento atrofiado é classificada como *muito elevada* nas duas áreas de inquérito.

Quadro 18: Prevalência de crescimento atrofiado baseada nos z-scores do peso para idade, por sexo e área de inquérito

	HUÍLA								
	Todos (n=854)			Meninos (n=429)			Meninas (n=425)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Crescimento atrofiado	422	49,4	(46,2-52,6)	236	55,0	(50,4-59,5)	186	43,8	(38,7-49,0)
Crescimento atrofiado moderado	257	30,1	(27,3-33,1)	124	28,9	(25,4-32,7)	133	31,3	(26,8-36,2)
Crescimento atrofiado severo	165	19,3	(16,6-22,3)	112	26,1	(22,1-30,6)	53	12,5	(9,2-16,7)
	CUNENE								
	Todos (n=787)			Meninos (n=402)			Meninas (n=385)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Crescimento atrofiado	293	37,2	(33,3-41,4)	167	41,5	(36,4-46,9)	126	32,7	(28,0-37,8)
Crescimento atrofiado moderado	197	25,0	(21,8-28,6)	103	25,6	(21,4-30,3)	94	24,4	(20,1-29,3)
Crescimento atrofiado severo	96	12,2	(9,8-15,2)	64	15,9	(12,9-19,5)	32	8,3	(5,5-12,3)

Não houve uma diferença significativa na prevalência de crescimento atrofiado entre os grupos de crianças mais novas (6-23 meses) e mais velhas (24-59 meses) no inquérito da Huíla (**Quadro 19**; valor de p de 0,149), enquanto no inquérito do Cunene, a prevalência de crescimento atrofiado foi significativamente maior entre as crianças de 6 a 23 meses (p 0,001). Para mais detalhes sobre as categorias etárias consulte o *anexo 9*.

²² Muito baixo (A/I < 2,5%), Baixo (A/I ≥ 2,5% e < 10%), Médio (A/I ≥ 10% e < 20%), Alto (A/I ≥ 20% e < 30%), Muito alto (A/I ≥ 30%).

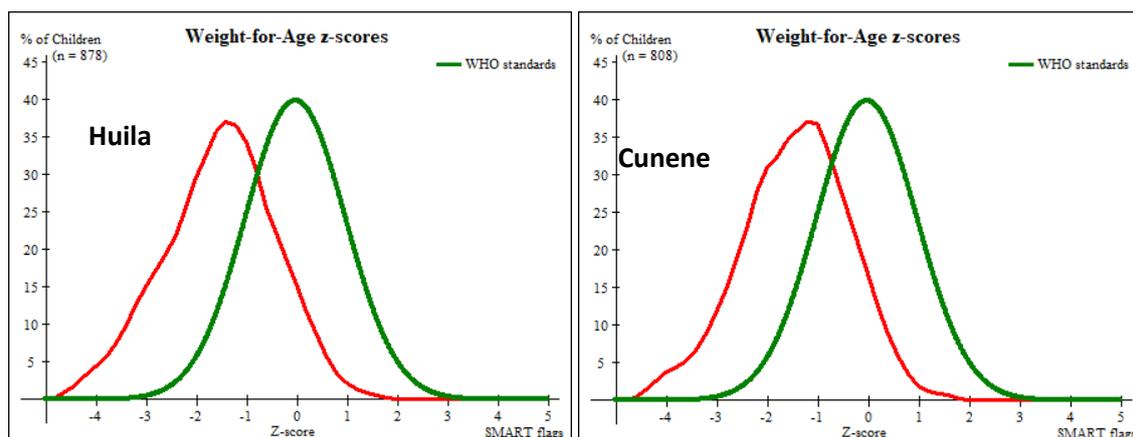
Quadro 19: Prevalência de crescimento atrofiado nas crianças de 6-23 meses e nas crianças de 24-59 meses, baseada nos z-scores da altura para idade, por área de inquérito

HUÍLA (n=854)						
	Crianças 6-23 meses (n=313)			Crianças 24-59 meses (n=541)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Crescimento atrofiado	162	51,8	(46,2-57,2)	260	48,1	(43,9-52,3)
Crescimento atrofiado severo	67	21,4	(17,2-26,3)	98	18,1	(15,1-21,6)
CUNENE (n=789)						
	Crianças 6-23 meses (n=269)			Crianças 30-59 meses (n=518)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Crescimento atrofiado	120	44,6	(38,6-50,8)	173	33,4	(29,5-37,6)
Crescimento atrofiado severo	38	14,1	(10,2-18,9)	58	11,2	(8,8-14,2)

3. Baixo peso e excesso de peso entre crianças de 6 a 59 meses

As curvas apresentadas na Figura 4 são ambas deslocadas para a esquerda da população de referência da OMS de 2006, ilustrando uma prevalência elevada de baixo peso.

Figura 3: Distribuição dos z-scores da P/I das crianças de 6-59 meses



A prevalência de baixo peso foi bastante semelhante nas duas áreas de inquérito (**Quadro 20**), com 30,8% (27,1 – 34,6 IC 95%) na Huíla e 27,8% (23,8 - 32,3) no Cunene. No que diz respeito à severidade, 9,8% (8,0 – 12,0 IC 95%) e 7,8% (5,4 – 11,1 IC 95%) das crianças de 6 a 59 meses estavam severamente abaixo do peso nas áreas de Huíla e de Cunene, respectivamente. Os meninos tinham uma prevalência significativamente maior de baixo peso do que as meninas (o significado estatístico era mais forte na Huíla (p 0.005) do que no Cunene (p 0.014)).

Quadro 20: Prevalência de baixo peso baseada nos z-scores do peso para idade, por sexo e por área de inquérito pesquisa

HUÍLA									
	Todos (n=878)			Meninos (n=437)			Meninas (n=441)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Baixo peso	270	30,8	(27,1-34,6)	152	34,8	(30,1-39,7)	118	26,8	(22,3-31,7)
Baixo peso moderado	184	21,0	(18,0-24,2)	92	21,1	(17,1-25,6)	92	20,9	(17,4-24,8)
Baixo peso severo	86	9,8	(8,0-12,0)	60	13,7	(10,7-17,5)	26	5,9	(3,9-8,8)
CUNENE									
	Todos (n=808)			Meninos (n=412)			Meninas (n=396)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Baixo peso	225	27,8	(23,8-32,3)	129	31,3	(26,1-37,1)	96	24,2	(19,3-30,0)
Baixo peso moderado	162	20,0	(16,9-23,6)	88	21,4	(17,7-25,5)	74	18,7	(14,3-24,1)
Baixo peso severo	63	7,8	(5,4-11,1)	41	10,0	(6,4-15,1)	22	5,6	(3,5-8,7)

Houve diferenças significativas na prevalência de baixo peso (**Quadro 21**) entre as crianças de 6 a 23 meses em comparação com as crianças de 24 a 59 meses em ambas as áreas de inquérito (p 0,013 na Huíla e 0,017 no Cunene). Consulte o *anexo 9* para obter mais detalhes sobre o baixo peso por faixa etária.

Quadro 21: Prevalência de baixo peso nas crianças de 6-23 meses e nas crianças de 24 59 meses, baseada na altura para idade, por área de inquérito

HUÍLA (n=878)						
	Crianças 6-23 meses (n=323)			Crianças 24-59 meses (n=555)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Baixo peso	114	35,3	(30,3-40,7)	156	28,1	(24,5-32,0)
Baixo peso severo	43	13,3	(10,0-17,5)	43	7,8	(5,8-10,3)
CUNENE (808)						
	Crianças 6-23 meses (n=276)			Crianças 24-59 meses (n=532)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Baixo peso	90	32,6	(27,1-38,5)	135	25,4	(22,0-29,1)
Baixo peso severo	37	13,4	(9,6-18,0)	26	4,9	(3,5-7,3)

Em relação ao excesso de peso ($P/A > z$ scores 2) para crianças de 6 a 59 meses, 7 casos ou 0,8% (0,4 a 1,7 IC 95%) foram encontrados nos agregados amostrados na área de inquérito da Huíla. Não houve casos de excesso de peso entre as crianças pesquisadas na área do Cunene.

Resultados retrospectivos da mortalidade

As taxas de mortalidade foram calculadas com um período de referência de 84 e 85 dias para todos os agregados inquiridos (aqueles com ou sem filhos) nas áreas da Huíla e do Cunene, respectivamente. Treze mortes foram registadas em cada inquérito, dos quais seis com menos de cinco anos na Huíla e três no Cunene. As taxas bruta de mortalidade (TBM) respectivas foram de 0,41 mortes/10.000 pessoas/dia e de 0,33 mortes/10.000/dia na Huíla e no Cunene (**Quadro 22**). A taxa de mortalidade de menores de cinco anos (TMM5) foi de 0,78 e de 0,41 mortes por 10.000 crianças menores de 5 anos por dia na Huíla e no Cunene, respectivamente.

Quadro 22: TBM e TMM5 por área de inquérito abrangida dentro de cada área de inquérito

	Período de referência (Dias)*	População total N	Total de crianças N	TBM		TMM5	
				Nº de mortes	Morte/10000/dia	Nº de mortes	Morte/10000/dia
Huíla	84	3786	922	13	0,41 (0,24-0,70 IC 95%)	6	0,78 (0,36-1,67 IC 95%)
Cunene	85	4667	861	13	0,33 (0,18-0,58 IC 95%)	3	0,41 (0,09-1,83 IC 95%)

*Período de recolha calculado entre o dia 17 de setembro 2019 (Dia do Herói Nacional) e o dia de recolha intercalar de dado.

De acordo com os padrões do Projeto Esfera (2018), as TBM e TMM5 actuais não indicam uma situação crítica de mortalidade nas áreas inquiridas²³.

Resultados da vacinação contra o sarampo

O **Quadro 23** abaixo mostra a cobertura de vacinação contra o sarampo entre todas as crianças inquiridas de 9 a 59 meses. A fonte de informação inicialmente planeada para confirmar o estado da vacinação era o cartão de saúde da criança ou a recordação da mãe (ou seja, "sim, sem cartão"). No entanto, durante a formação e após discussão com o chefe de nutrição, a opção "sim, sem cartão" foi finalmente descartada como opção independente (e foi incluída na opção "não sei"): todos argumentaram que este último não era uma opção realista porque o programa de vacinação tinha sido recentemente actualizado e a localização da vacina não podia ser identificada claramente. Assim, a criança não foi considerada vacinada até ser confirmada com o cartão de vacinação.

No inquérito da Huíla, apenas 20,9% (18,3 - 23,8 IC 95%) crianças de 9 a 59 meses foram confirmadas vacinadas contra o sarampo. A cobertura no inquérito do Cunene foi de 53,3% (49,8 - 56,7 IC 95%). Ao considerar os filhos para os quais a mãe declarou "não sei" (para explicar uma potencial subestimação baseada sómente na confirmação da vacina contra o sarampo com cartão), a cobertura da vacinação contra o sarampo foi de 43,9% nas áreas de inquérito da Huíla e de 61,2% do Cunene.

Quadro 23 : Cobertura de vacinação contra o sarampo para crianças de 9 a 59 meses por área de inquérito

	Crianças 9-59 mo	Com cartão			Não sei*			Não**		
		n	%	95% CI	n	%	95% CI	n	%	95% CI
Huíla	840	176	20,9	18,3-23,8	193	23,0	20,4-26,1	471	56,1	52,6-59,3
Cunene	796	424	53,3	49,8-56,7	63	7,9	6,2-10,0	309	38,8	35,5-42,2

*Duas possibilidades foram incluídas aqui: 1) Não existe nenhum cartão de vacinação e a mãe não sabe quais são as vacinas que a criança recebeu; 2) A mãe diz que sim, mas não há cartão de vacinação disponível.

**Duas possibilidades foram incluídas aqui: 1) Existe cartão de vacinação, mas a vacinação contra sarampo não é registrada como dada; 2) Não existe nenhum cartão de vacinação e a mãe relata que a criança não recebeu a vacina.

Número reportado de refeições consumidas

Como representante da segurança alimentar da família, cada uma das mães/cuidadores das crianças pesquisadas foi questionada sobre o número de refeições que a criança tinha consumido no dia anterior à recolha de dados (número de rações sólidas, semi-sólidas ou macias; a amamentação não foi incluída aqui). Cerca de um terço (36,3% na Huíla e 33,9% no Cunene) consumiu três ou mais refeições, enquanto 63,7% e 66,0% nas áreas de inquérito da Huíla e do Cunene tiveram duas refeições ou menos no dia anterior ao inquérito (**Quadro 24**).

²³ Padrões de Esfera sobre os limiares de emergência: TBM >1/10.000/dia; TMM5>2/10.000/dia. Fonte disponível em <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2018-EN.pdf>.

Ao considerar somente crianças de 9 a 59 meses (**Quadro 25**), os resultados mantiveram-se bastante semelhantes.

Quadro 24: Número reportado de refeições consumidas por crianças pesquisadas de 6-59 meses no dia anterior à recolha de dados, por área de inquérito

Nº de refeições	HUÍLA (n=888)		CUNENE (n=816)	
	n	%	n	%
0-1	102	11,5	73	8,9
2	464	52,2	466	57,1
3	293	33,0	239	29,3
4-6	29	3,3	38	4,7

Quadro 25: Número reportado de refeições consumidas por crianças pesquisadas de 9-59 meses no dia anterior à recolha de dados, por área de inquérito

Nº de refeições	HUÍLA (n=840)			CUNENE (n=796)		
	n	%	95% CI	n	%	95% CI
0-2	524	62,4	(59,1 – 65,6)	525	66,0	(62,6 – 69,2)
3-6	316	37,6	(34,4 – 40,9)	271	34,0	(30,8 – 37,4)

Para testar se existem diferenças estatísticas na prevalência de desnutrição aguda, agrupamos a nossa amostra de crianças em dois subconjuntos (crianças que consomem duas refeições ou menos em relação às que consomem três refeições ou mais). As crianças de 6 a 8 meses foram excluídas da análise de acordo com o número recomendado de refeições nesta faixa etária (duas refeições além da amamentação). No **Quadro 26** abaixo, pode observar-se que a prevalência de DAG por P/A aumenta à medida que o número de refeições diminui em ambas as áreas de inquérito. A prevalência de DAG na Huíla foi significativamente maior entre as crianças que consomem menos de três refeições (p 0.001). A mesma tendência foi evidente no inquérito no Cunene, mas a diferença não foi estatisticamente significativa (p 0,138); no Cunene, um risco mais elevado para a desnutrição aguda só parecia significativo quando apenas uma refeição foi consumida (p 0,009).

Quadro 26: Prevalência de DAG baseada nos z-scores do P/A e/ou edema por número de refeições consumidas no dia anterior à recolha de dados e área de inquérito

Nº de refeições	HUÍLA				CUNENE			
	Total N	n	DAG em %	IC	Total N	n	DAG em %	CI
0-2	512	69	13,5	(10,8-16,7)	515	59	11,5	(9,0-14,5)
≥3	311	21	6,8	(4,5-10,1)	269	24	8,9	(5,8-13,0)

Amamentação exclusiva

A amamentação exclusiva (AE) refere-se à proporção de bebés de 0 a 5 meses de idade, que são alimentados exclusivamente com o leite materno. Especificamente, é definido como nenhum outro alimento ou outra bebida, nem mesmo água, excepto o leite materno nos primeiros 6 meses de vida, mas permite que o bebé receba pequenas quantidades de soluções de reidratação oral (SRO), gotas e xaropes (vitaminas, minerais e medicamentos).

Embora não seja possível fornecer informações conclusivas sobre a AE devido ao pequeno tamanho da amostra para esta faixa etária, os inquéritos SMART sugerem que a proporção reportada de bebés de 0 a 5 meses que foram exclusivamente amamentados durante as 24 horas anteriores ao estudo foi de 41,3% (31,9 – 51,1 IC 95%) e 58,6% (48,2 – 68,4 IC 95%) nas áreas de inquérito da Huíla e do Cunene, respectivamente (**Quadro 27**).

Quadro 27: Proporção de bebés amamentados exclusivamente (AE) por área de inquérito coberta em cada província

	Total de crianças < 6 meses	Nº crianças < 6mo AE	AR em %	IC
Huíla	109	45	41,3	(31,9-51,1)
Cunene	99	58	58,6	(48,2-68,4)

DISCUSSÃO

De acordo com o inquérito SMART realizado nos 5 municípios da Huíla²⁴ sobre a nutrição e a mortalidade, a **prevalência de DAG por P/A entre crianças de 6 a 59 meses foi de 10,8%** (8.8-13.2) e a de **DAS foi de 2,1%** (1.4-3.1). Para os municípios inquiridos no Cunene²⁵, a **prevalência de DAG por P/A foi de 10,6%** (8.2-13.6) e de **1,1% para a DAS** (0.6-2.2); apenas dois casos de edema foram encontrados na Huíla e nenhum no Cunene. **A gravidade da situação nutricional, sem considerar todos os outros factores agravantes, é classificada como Alta, baseada nos limiares de desnutrição da OMS de 2018**²⁶. Os resultados encontrados nos municípios inquiridos na Huíla estão muito mais alto do que os reportados para toda a província pelo IIMS realizado em 2015/16 (4,6% para a DAG e 0,5% para a DAS), enquanto nos municípios inquiridos no Cunene, as taxas de DAG são aproximadamente semelhantes aos reportados para a província e as taxas de DAS são mais baixas (10,5% para a DAG e 3,5% para a DAS). Deve notar-se que durante o período de recolha de dados do IIMS (de outubro 2015 a março 2016), o sul de Angola, sobretudo o Cunene, foi fortemente afetado pelos efeitos da seca do El Niño.²⁷

Segundo a análise da plausibilidade a partir do conjunto de dados do Cunene, existem bolsas de desnutrição, indicando uma maior vulnerabilidade em algumas áreas do que toda a base de amostragem. Isto poderia provavelmente ser explicado pela cobertura geográfica real do inquérito, incluindo o contexto urbano e rural²⁸, quando as características populacionais poderiam ser diferentes, como foi sugerido pelos relatórios anedóticos das equipas do inquérito que relatam que, globalmente, as condições e as vulnerabilidades eram bastante diferentes, e que as crianças nas áreas rurais eram mais afetadas do que aquelas nas áreas urbanas. No entanto, os nossos dois inquéritos não foram projetados para estratificar ou desagregar ainda mais os resultados em áreas rurais e urbanas e, por isso, as conclusões fornecem uma imagem fiável da situação nutricional da população que vive nos municípios inquiridos em todo o seu conjunto.

A DAG por P/A foi mais elevada nos meninos (11,9% na Huíla e 13,2% no Cunene) do que nas meninas (9,8% na Huíla e 7,9% no Cunene). Enquanto na área de Huíla isto não foi estatisticamente significativo, os resultados na região de Cunene indicaram uma maior vulnerabilidade à desnutrição aguda para meninos em comparação às meninas (p 0.007), uma conclusão que deve ser aprofundada.

Em ambas as áreas de inquérito, **as crianças mais novas (6-23 meses) eram significativamente mais emaciadas (14.4%** [11.0-18.7] na Huíla e 15,0% [11,0%-19,8] no Cunene) **do que as crianças mais velhas [8,7%** (6,6-11,3) na Huíla e **8,8%** (6,2-10,9) no Cunene]. Embora os limiares da OMS não sejam diretamente aplicáveis a este subgrupo menor, a situação nutricional no grupo mais novo é alarmante, com uma prevalência de DAG por P/A no limiar de 15% "*Muito Alto*". A diferença significativa entre os dois grupos etários (valor p de 0,005 na Huíla e de 0,002 no Cunene) sugere que a desnutrição aguda é um problema persistente²⁹ importante nas duas áreas de inquérito, que agora é agravada ainda mais pelo aumento da insegurança alimentar associada à falta crítica de água, à falha na implementação de boas práticas de ABCP e de cuidados, bem como às dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

A análise da CB revelou uma prevalência de DAG mais baixa [8,2% (6,3-10,6) na Huíla e 6,9% (4,8-9,8) no Cunene] do que a prevalência DAG por P/A descrita acima. No entanto, os resultados

²⁴ 5 de 14 municípios: Matála, Quipungo, Chibia, Humpata e Gambos.

²⁵ 4 de 5 municípios: Cahama, Cuanhama, Curoca, Cuvelai e Ombadja.

²⁶ Taxa de DAG entre 10,0% e 15,0%.

²⁷ https://lao.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/1st%20RC%20Situation%20Report_EN_ang_OCHA.pdf

²⁸ Assumiu-se que tanto o contexto rural como o urbano foram igualmente afetados pela seca.

²⁹ Durante os períodos de extrema insegurança alimentar aguda, a distribuição da emaciação entre grupos etários muda à medida que uma proporção maior de crianças mais velhas se torna emaciada. Isto explica-se porque a emaciação nas crianças menos de dois anos pode resultar de várias causas, incluindo uma maior incidência de doenças infecciosas, falha de lactação e desmame, enquanto a emaciação nas crianças com mais de dois anos de idade é mais provável que seja resultada de escassez alimentar aguda e de consumo alimentar reduzido.

da CB ainda se enquadram na categoria "Alerta/Grave" de acordo com a Classificação Integrada de Fase de Segurança Alimentar.³⁰ Entre as crianças pesquisadas, mais casos de DAG são identificados através do P/A que a da CB; no entanto, realce-se que apenas 31,9% (área de inquérito da Huíla) e 31,7% (área de inquérito do Cunene) de todos os casos de DAG são identificados por ambos os indicadores. As discrepâncias de prevalência pelo P/A versus pela CB estão bem estabelecidas, uma vez que cada uma delas tem o potencial de identificar um grupo diferente de crianças – com a CB a selecionar predominantemente crianças mais novas e pequenas. Isto sugere que, embora a CB seja claramente a melhor ferramenta disponível para o rastreio e o encaminhamento de casos de DAG, outros meios para melhorar o rastreio e o encaminhamento de casos devem ser incentivados. Neste sentido, o reforço das capacidades do pessoal de saúde envolvido nos serviços de rotina de Monitorização e Promoção do Crescimento (MPC) em Angola, bem como a promoção mais activa de serviços entre a população, pode concorrer para aumentar a cobertura da DAG, identificando as crianças que, de outra forma, o não estejam, através de uma melhor detecção e de um encaminhamento aos serviços da GIDA.

Os protocolos de GIDA em Angola incluem tanto a CB como o P/A, como critérios independentes para a detecção de casos e inscrição para tratamento. A consideração de todos os casos de DAG encontrados entre as crianças inquiridas em conjunto (ou seja, aqueles identificados apenas pelo P/A e pela CB, bem como os casos de edema e os casos determinados por ambos os indicadores), daria uma prevalência combinada de DAG (DAGc) de 13,6% (11,5-16,0) e de 12,9% (10,9-15,6), com taxas de DASc de 3,0% (2,1-4,3) e de 1,7% (1,0-2,9) nas áreas de inquérito de Huíla e de Cunene, respectivamente. A OMS recomenda que, para melhorar o planeamento, os mesmos critérios usados para a admissão nos programas sirvam para estimar o número de casos (OMS e UNICEF, 2009).³¹ Assim, os dados combinados de DAG e de DAS são cruciais para informar a incidência global da desnutrição aguda e estimar o número de casos para um melhor planeamento dos recursos a fim de satisfazer as necessidades.

A desnutrição crónica ou o crescimento atrofiado, como indicado pela baixa altura para a idade, tem um impacto na saúde das crianças e nas suas chances de sobrevivência, contribuindo para mais de um milhão de mortes de crianças no mundo inteiro.³² As principais causas do crescimento atrofiado incluem o atraso do crescimento intrauterino, uma nutrição inadequada para apoiar o rápido crescimento de bebés e crianças pequenas e o desenvolvimento de infecções frequentes no início da vida. Nos nossos inquéritos SMART, a **prevalência de crescimento atrofiado entre crianças de 6 a 59 meses nos municípios inquiridos da Huíla foi de 49,4%** (46,2-52,6) e **19,3%** (16,6- 22,3) **crianças sofriram gravemente de crescimento atrofiado.** Nos **municípios inquiridos no Cunene, a prevalência de crescimento atrofiado foi de 37,2%** (33,3-41,4), com **12,2%** (9,8 a 15,2) **a representando casos de atraso de crescimento grave.** Estes resultados do inquérito estão muito próximos dos níveis do IIMS de 2015/16 para crianças de 0 a 59 meses (43,6% e 39,3% para as províncias da Huíla e do Cunene, respectivamente). De acordo com a classificação da OMS de 2018, a **prevalência de crescimento atrofiado em ambas as áreas de inquérito está bem acima do limiar de 30% "Muito alto"**. Esta prevalência foi maior entre as crianças de 6 a 23 meses nas duas áreas de inquérito, embora a diferença entre as crianças de 24 a 59 meses tenha sido estatisticamente significativa só no Cunene (p value 0.001). Não obstante, a persistência de prevalência elevada de crescimento atrofiado no grupo mais velho (49,1% na Huíla e 33,4% no Cunene) faz crer que muitas crianças com atraso de crescimento em qualquer área de inquérito perderam a sua janela de oportunidade. Nas duas áreas de inquérito, os meninos eram mais vulneráveis ao crescimento atrofiado do que as meninas (p 0.004 na Huíla e 0,005 no Cunene).

³⁰ http://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/ipcinfo/docs/IPC_Acute_Malnutrition_Addendum2016.pdf

³¹ WHO, UNICEF 2009. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children: A joint statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund.

³² UNICEF Global Report, 2014.

Embora as crianças que sofrem de DAS tenham o maior risco de mortalidade³³, aquelas que vivem com desnutrição crónica aumentaram também o seu risco de mortalidade entre 2 e 5 vezes em comparação com as crianças não atrofiadas³⁴, e reduziram não só o seu crescimento físico mais igualmente e o seu desenvolvimento intelectual, de modo a que são menos produtivas do que as crianças não tendo problema de crescimento atrofiado, com os impactos consequentes no desenvolvimento económico mais amplo³⁵. Tendo em conta o facto de que a metade das crianças na Huíla e mais de um terço nos municípios inquiridos no Cunene foram atrofiadas e que as taxas de DAG eram de 10,6%-10,8% – e mais altas para as crianças mais novas, torna-se óbvio que muitas crianças serão emaciadas e atrofiadas ao mesmo tempo (simultaneamente), e que estas crianças têm um aumento multiplicativo do seu risco de mortalidade³⁶, daí a necessidade de priorizar também as intervenções de prevenção do crescimento atrofiado.

A prevalência de baixo peso entre crianças de 6 a 59 meses foi bastante semelhante nas duas áreas de inquérito, com 30,8% na Huíla (27,1 – 34,6) e 27,8% no Cunene (23,8 – 32,3). A prevalência das crianças gravemente abaixo do peso foi igualmente similar [9,8% (8,0-12,0) na Huíla e 7,8% (5,4-11,1) no Cunene]. Isto é classificado como "**Alto**" de acordo com a **classificação da OMS**. Os meninos eram mais vulneráveis ao baixo peso do que as meninas (valor de p de 0,005 na Huíla e de 0,014 no Cunene).

CAUSAS SUBJACENTES À DESNUTRIÇÃO

Está bem estabelecido que a **morbilidade** é uma das duas causas subjacentes da desnutrição infantil. Qualquer doença pode aumentar o risco de perda de peso, aumentando o consumo de energia e diminuindo o apetite. Ademais, a diarreia reduz a absorção de nutrientes e pode resultar em perda rápida de peso e em desnutrição aguda em pouco tempo. No que diz respeito aos actuais inquéritos SMART, as restrições de tempo impediram a inclusão de questões para investigar a morbilidade entre a população estudada, também não foi possível aumentar o tempo para uma recolha detalhada de dados secundários a fim de compreender as tendências reais de morbilidade. Durante o trabalho de campo, os líderes comunitários, o pessoal de saúde e os cuidadores em alguns clusters relataram um aumento de casos de diarreia entre crianças com menos de cinco anos. No decorrer da recolha de dados, constatou-se também a falta de higiene e de saneamento, devido à escassez de água.

A cobertura da vacinação contra o sarampo, que é um indicador importante do alcance dos serviços essenciais de saúde, fornece informações sobre a solidez dos programas de vacinação. Entre as crianças, objecto do inquérito, de 9 a 59 meses, a cobertura (confirmada pela cartão) foi tão baixa quanto 20,9% e 53,3% nas áreas da Huíla e do Cunene, respectivamente, e mesmo ao adicionar aquelas crianças pelas quais a mãe declarou "não sei" a cobertura do sarampo ainda estava muito abaixo³⁷ Isto é assustadoramente baixo e preocupante, e especialmente tendo em conta o ciclo vicioso de sarampo e desnutrição e os recentes surtos de sarampo em algumas províncias de Angola (Lunda Sul, Moxico e Lunda Norte).³⁸

Práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas: Embora não seja possível fornecer informações conclusivas sobre as práticas de amamentação exclusivas (AE) devido ao pequeno tamanho da amostra para esta faixa etária, os inquéritos SMART indicam que, 41,3% (31,9-51,1) e 58,6% (48,2-68,4) de bebês com menos de 6 meses de idade foram exclusivamente

³³ 12 vezes mais do que uma criança não emaciada nem atrofiada.

³⁴ Olofin, I., et al. (2013). Associations of suboptimal growth with all-cause and cause-specific mortality in children under five years: A pooled analysis of ten prospective studies. *PLoS ONE*, 8(5): 64636.

³⁵ Kathryn G. Dewey and Khadija Begum (2011). Long-term consequences of stunting in early life. *Maternal and child Nutrition*, 7 (Suppl. 3), pp. 5–18.

³⁶ Myatt M, Khara T, Schoenbuchner S, Pietzsch S, Dolan C, Lelijveld N, et al. (2017). Children who are both wasted and stunted (WaSt) are also underweight and have a high risk of death. *Action Against Hunger Research for Nutrition*; Paris2017.

³⁷ Seria 43.9% e 61.2% nas áreas de pesquisa da Huíla e do Cunene. Os resultados da cobertura do sarampo (confirmados quer por cartão ou lembrança da mãe) encontrados no IIMS 2015/16 foi de 50,4% para a Huíla e 60,5% para o Cunene.

³⁸ UNICEF Angola Humanitarian Situation Report_July 2019

amamentados na Huíla e no Cunene, respectivamente. Este valor é superior à média nacional reportada pelo IIMS 2015/2016 (38%). No entanto, vale ressaltar que, na melhor das hipóteses, apenas cerca de uma em cada duas crianças com menos de seis meses teria sido amamentada exclusivamente. Por conseguinte, a introdução de outros líquidos (e/ou substitutos do leite materno ou alimentos) representa um risco significativo de contaminação e de desenvolvimento de doenças transmitidas pela água, nomeadamente num ambiente em que a quantidade e a qualidade da água, a higiene e o saneamento continuam a ser muito deficientes. Apesar de que os inquéritos SMART não incidiam especificamente sobre outras práticas de alimentação do bebé e da criança pequena (ABCP), os dados secundários sugerem que também são ruins. Os resultados nacionais do IIMS 2015/16 revelaram que, em geral, o início da amamentação oportuno foi baixo (48,3%), somente 32% recebem a diversidade alimentar mínima³⁹, 32,8% atingiram a frequência mínima de refeição⁴⁰, e apenas 12,7% tinham uma dieta aceitável⁴¹.

O facto que mais de 60% das crianças pesquisadas terem consumido duas refeições ou menos no dia anterior ao inquérito (**Quadro 24**) indica que as crianças não estão a receber nutrientes suficientes, como é exigido pelas suas necessidades de crescimento e de desenvolvimento. *Quanto menor o número de refeições, maior é o risco de desnutrição.* Segundo os resultados do inquérito na área da Huíla, o consumo de duas refeições ou menos foi estatisticamente associado ao risco acrescido de desnutrição aguda (p 0.001); a mesma tendência era óbvia na área do Cunene, mas a diferença não era estatisticamente significativa, apenas pareceu significativa quando só uma refeição era consumida (p.009).

Apesar de que nenhum estudo recente sobre a **segurança alimentar** esteja disponível, a Avaliação da Vulnerabilidade e da Segurança Alimentar e Nutricional de 2018⁴² indicou que a diversidade alimentar era mínima para 77,2% dos agregados familiares estudados no Cunene, e mais de metade (55,5%) dos agregados tinham uma pontuação de consumo alimentar considerada ruim ou caso-limite. A Huíla também tinha indicadores de segurança alimentar deficientes, embora em menor medida (44,8% agregados com uma diversidade alimentar mínima e 28,7% com uma pontuação de consumo alimentar ruim/caso-limite).

Os resultados da última IPC realizada em julho de 2019⁴³, indicaram uma produção agrícola muito baixa (mesmo nula em alguns municípios) e a perda de gado devido à mortalidade excessiva – resultando na falta de reservas alimentares, na escassez de água para o consumo humano e o abeberamento da pecuária, na perda de bens e no deslocamento de pessoas e de animais em busca de pastagens. Os ataques de pragas e de doenças animais em algumas áreas contribuíram também para a diminuição das reservas e das fontes de rendimento dos agregados familiares. A escassez de alimentos levou a uma subida acentuada dos preços nos principais mercados locais, limitando o acesso das pessoas aos alimentos. Além disso, o estado avançado de degradação das estradas secundárias e terciárias dificultou o acesso aos produtos básicos nas zonas mais afectadas. Todo o que vem mencionado acima afectou significativamente os meios de subsistência, expondo a população a um maior risco de deterioração do estado nutricional.⁴⁴

Os inquéritos SMART foram realizados durante o período de escassez/fome (outubro-janeiro), quando a maior prevalência de desnutrição aguda seria de prever num determinado ano.

³⁹Proporção de crianças de 6 a 23 meses que recebem alimentos provenientes de 4 grupos alimentares ou mais.

⁴⁰Proporção de crianças amamentadas e não amamentadas de 6 a 23 meses que recebem alimentos sólidos, semisólidos ou macios (mas também lacticínios para crianças não amamentadas) o número mínimo de vezes ou mais. Para as crianças amamentadas, o número mínimo de vezes varia com a idade (2 vezes se 6 a 8 meses e 3 vezes se 9 a 23 meses). Para as crianças não amamentadas, o número mínimo de vezes não varia em função da idade (4 vezes para todas as crianças entre 6 e 23 meses).

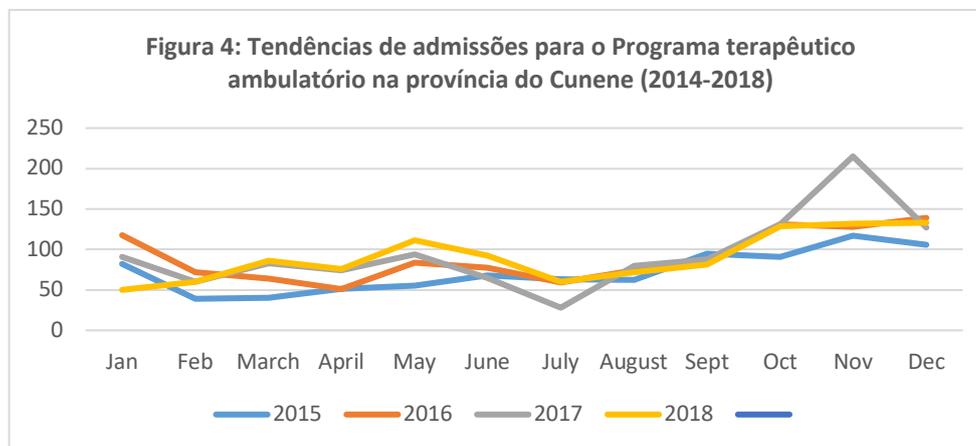
⁴¹Proporção de crianças de 6 a 23 meses que recebem uma dieta minimamente aceitável (além do leite materno). Este indicador combina a frequência mínima de refeição e os indicadores mínimos de diversidade alimentar

⁴²Avaliação da Vulnerabilidade e da Segurança Alimentar e Nutricional (Benguela, Cué, Cunene, Huila e Namibe). Maio-Julho 2018. Ministério da Agricultura e Florestas. Gabinete de Segurança Alimentar. República de Angola.

⁴³Ministério da Agricultura e Florestas, Gabinete de Segurança Alimentar. Sumário da situação de Insegurança Alimentar Aguda IPC 2019/20. Agosto, 2019.

⁴⁴A avaliação do IPC estima que 561.840 pessoas enfrentariam dificuldades para aceder aos alimentos ou poderiam satisfazer apenas as necessidades alimentares mínimas até fevereiro de 2020 no quadro das estratégias de crise e de emergência, e a situação seria exacerbada não houver intervenções oportunas.

Seguindo as tendências sazonais anuais, a desnutrição aguda deverá diminuir até fevereiro de 2020 em comparação em comparação com o seu pico tradicional mais elevado (**Figura 4**), em caso de um ano "normal", em resultado do aumento da disponibilidade de alimentos dos agregados familiares, devido à nova colheita e à ligeira baixa dos preços de mercado dos produtos básicos. Mas este pode não ser o caso, pois muitas famílias já perderam a possibilidade de cultivar durante a principal estação de plantio (outubro)⁴⁵. Assim, a situação provavelmente deteriorar-se-á nos próximos meses, a menos que seja devidamente remediada.



Fonte: World Vision Cunene

Em resumo, os resultados mostram níveis sérios de desnutrição entre crianças de 6 a 59 meses nas áreas inquiridas da Huíla e do Cunene. Embora as taxas de mortalidade estejam abaixo dos níveis de emergência, o facto que as taxas de desnutrição aguda classificam a gravidade da situação como *elevada*, e que as taxas de DAG foram muito altas, a cerca de 15% para as crianças mais novas (6-23 meses), é uma grande preocupação. A população das nossas duas amostras era uma mistura de meios de subsistência e de classes sociais, e a desnutrição aguda na subpopulação mais vulnerável provavelmente será maior. O apoio imediato e a monitorização rigorosa são necessários, pois as taxas de desnutrição provavelmente aumentarão devido às causas subjacentes no próximo período. Os resultados indicam também que as crianças sofrem de deficiências nutricionais a longo prazo, com uma proporção alarmante de crianças atrofiadas. No cenário actual, muitas crianças apresentaram ambas as formas de desnutrição simultaneamente. O aumento do risco de mortalidade associado concomitantemente à emaciação e ao crescimento atrofiado destaca a necessidade de também priorizar as intervenções de prevenção do crescimento atrofiado..

De acordo com o exposto, considera-se necessário uma resposta estratégica integrada para prevenir efetivamente a deterioração da situação nutricional, bem como para apoiar as necessidades alimentares e os meios de subsistência dos agregados familiares mais vulneráveis, através de uma intervenção combinada de nutrição, de saúde, de subsistência e de água, higiene e saneamento (WASH).

⁴⁵ Tempo de colheita habitual em janeiro.

RECOMENDAÇÕES

Continuar a implementar os serviços de GIDA em curso e investir nos esforços para melhorar o desempenho e a cobertura.

- Reforçar a mão-de-obra qualificada disponível, bem como as capacidades da equipa do MS responsável pelos serviços de GIDA através da prestação de suporte técnico contínuo, da orientação no trabalho e das visitas regulares de supervisão conjunta de apoio.
- Embora seja dada prioridade ao tratamento da DAS, investir esforços para diminuir o desenvolvimento dos casos de DAS através da integração do tratamento da DAM como parte dos serviços de GIDA; isso, por sua vez, forneceria também o apoio necessário para acompanhar os casos recuperados de DAS e evitar uma recaída.
- Considerar a instalação de clínicas móveis para aumentar o acesso aos serviços de GIDA a fim de atender as áreas remotas das unidades de saúde.
- Reforçar e aumentar a localização activa de casos de DAM/DAS e a remessa de casos através do rastreio da CB a nível comunitário, bem como do seguimento dos casos identificados referidos. Os estrangulamentos salientados na recente BNA devem ser fortemente considerados.
- Renover os esforços para aumentar a conscientização das comunidades sobre os serviços de GIDA, e avaliar a viabilidade de expandir a participação de outros intervenientes na busca activa de casos para aumentar a cobertura. Mães, cuidadores e educadores nas creches podem ser treinados para realizar medidas mensais da CB das crianças, a fim de detectar desnutrição aguda.
- Reforçar as capacidades do pessoal de saúde envolvido nos serviços de saúde infantil para melhorar a identificação de casos de desnutrição aguda por meio da razão peso/altura e do encaminhamento aos serviços de GIDA.

Prevenir a deterioração da desnutrição aguda entre os indivíduos e os agregados familiares vulneráveis: a desnutrição ocorre geralmente nos agregados familiares vulneráveis. Além disso, a desnutrição também se agrupa nos agregados familiares cujas práticas de ABCP são inadequadas. A ocorrência de desnutrição em qualquer membro do agregado familiar é um sinal claro da vulnerabilidade dessa família.

- Reforçar os esforços para implementar o programa de Alimentação complementar geral (BSF) destinado às crianças de 6 e 23 meses durante pelo menos 3-5 meses, e continuar a avaliar com base na evolução da situação nutricional. A conscientização e a sensibilização para uma utilização adequada de alimentos suplementares para o grupo-alvo deve ser incluída como parte do programa. O programa de BSF deve também ser combinado com outras actividades relacionadas com a nutrição/saúde, como a distribuição de vitamina A, a desparasitação e o rastreio nutricional em vista da vigilância e do encaminhamento de casos aos serviços de GIDA.
- Tendo em conta a forte relação entre a morbilidade e a desnutrição, também deve ser dada prioridade à prevenção da doença. Melhorias na cobertura da vacinação contra o sarampo são consideradas como urgentes e necessárias.
- Avaliar a vulnerabilidade familiar⁴⁶ das crianças após alta do tratamento de DAS. Devem ser estabelecidos elos entre os agregados familiares vulneráveis identificados e as actividades de assistência de subsistência/alimentar na comunidade.
- Envidar esforços para garantir o acesso dos agregados familiares à água potável.

⁴⁶ A vulnerabilidade do agregado familiar pode ser avaliada através do desenvolvimento de uma ferramenta simples de "classificação da vulnerabilidade do agregado familiar".

Priorizar e melhorar as práticas de alimentação do bebé e da criança pequena através da programação da ABCP : de todas as intervenções preventivas comprovadas em matéria de saúde e de nutrição, a ABCP tem o maior impacto potencial na sobrevivência das crianças.

- Integrar as intervenções de ABCP nos serviços de GIDA⁴⁷, através do fornecimento de pessoal designado e de pacote harmonizado de ABCP.
- Reforçar a capacidade de recursos humanos para promover e apoiar a ABCP durante qualquer contacto entre os serviços de saúde e as mães ao longo da gravidez e dos primeiros dois anos de vida da criança⁴⁸.
- Desenvolver ou fortalecer as actividades comunitárias da ABCP por meio de grupos comunitários de apoio entre pares (por exemplo, grupos de apoio de mãe a mãe). Estas actividades devem incluir outros membros da família que tradicionalmente influenciam as práticas de ABCP das mães, por exemplo, maridos e sogras.
- Empreender uma pesquisa formativa como uma prioridade para avaliar os factores facilitadores e inibidores das práticas de ABCP na Huíla e no Cunene. As conclusões devem esclarecer a intervenção de comunicação sobre a mudança comportamental em matéria de ABCP, as principais mensagens adequadas e os grupos-alvo prioritários.
- A médio prazo, desenhe uma campanha de media/comunicação para a conscientização da ABCP.

Integrar a programação nutricional sensível em todas as intervenções de segurança alimentar.

O actual plano de resposta do sector da segurança alimentar inclui, entre outros, a prestação de ajuda aos pastores para mitigar as perdas de gado, o apoio à recuperação urgente da produção agrícola destinado aos agricultores pequenos/de subsistência, a assistência alimentar às famílias mais afectadas pela insegurança alimentar e as iniciativas para aumentar a resiliência às ameaças futuras.

- Desenvolver e reforçar as ligações entre os intervenientes do sector nutricional e os que implementam programas de subsistência.
- Reforçar as actividades de subsistência com vista a melhorar os objectivos nutricionais⁴⁹.
- Integrar a educação nutricional e a promoção da higiene nas intervenções para a subsistência, com um foco particular na ABCP.
- Priorizar o direccionamento dos beneficiários para: 1) agregados familiares com crianças menores de dois anos e 2) agregados com mulheres grávidas e lactantes.

Monitorizar de perto a evolução da situação nutricional e realizar pesquisas mais aprofundadas

- Desenvolver um sistema de vigilância nutricional para monitorizar a situação ao longo do tempo, a fim de detectar tendências com o objectivo de adaptar as estratégias e intervenções nutricionais à evolução da conjuntura.
- Proceder a um inquérito de acompanhamento sobre a nutrição em setembro-outubro de 2020. A concepção do inquérito deve ter em conta os contextos urbanos/rurais.
- Realizar pesquisas mais aprofundadas para compreender as tradições culturais, normas sociais e outras subjacentes às diferenças significativas da desnutrição por gênero.

Elaborar programas de intervenções para prevenir o crescimento atrofiado adoptando uma abordagem multisectorial e de longo prazo mais abrangente (que continuaria depois fora do contexto de emergência).

⁴⁷ As boas práticas de ABCP são conhecidas por aumentar a probabilidade de recuperação e reduzir a probabilidade de recaída após alta

⁴⁸ Incluindo cuidados pré-natais, cuidados de parto, cuidados pós-natais, consultas para vacinações, monitorização e promoção de crescimento, consulta de crianças doentes e outros serviços de saúde infantil.

⁴⁹ Implementar e defender intervenções de subsistência que respondam às necessidades dos grupos vulneráveis, com o objectivo de diversificar a sua produção alimentar e/ou rendimento, permitindo-lhes assim o acesso a uma dieta mais diversificada

ANEXOS

1. Seleção aleatória de clusters usando SPSS/Instituto Nacional de Estatística
2. Atribuição dos clusters
3. Formulário de controlo de cluster
4. Questionários
5. Calendários locais de eventos
6. Formulário dos clusters para a revisão de medidas antropométricas
7. Relatório de plausibilidade da área de inquérito da Huíla
8. Relatório de plausibilidade da área de inquérito do Cunene
9. Quadros de desnutrição aguda (P/A, CB), de crescimento atrofiado (A/I) e de baixo peso (P/I) por grupo etário e área de inquérito.