

Inquérito nutricional SMART nas províncias afetadas pela seca

Huíla e Cunene na Região Sul

Benguela e Huambo na Região Centro

Protocolo do Inquérito

CONTEXTO

O sul de Angola continua a sofrer um dos piores choques climáticos dos últimos anos. As temperaturas permanecem elevadas e com mais de metade do ano agrícola/pluviométrico 2020-21 já decorrido, tem havido menos precipitação levando a uma seca severa com um aumento simultâneo da fome e da desnutrição.

A precipitação é de longe o elemento meteorológico mais importante para a actividade agrícola e a subsistência das comunidades e populações rurais do Sul de Angola. Esta precipitação abaixo do normal em quase todo o território das províncias da Huíla e do Cunene resultou em condições de seca prolongada nos municípios mais afectados. O início tardio da precipitação em 2021, particularmente no Cunene, onde vastas extensões de terra coexistem com graves défices hídricos e temperaturas ligeiramente acima da média, tiveram impacto no aumento da evaporação e comprometeram a saúde da vegetação, afectando ainda mais a segurança alimentar da já frágil população afectada¹.

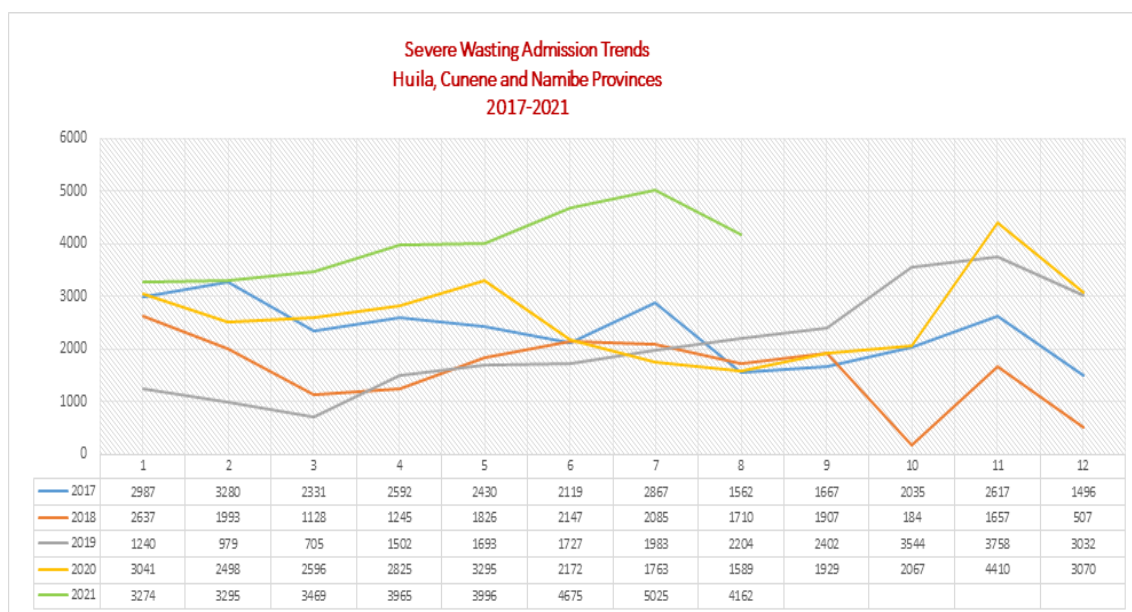
As províncias centrais de Benguela e Huambo, embora não significativamente afectadas pela seca anterior em 2019/2020, receberam menos de 40% da sua precipitação média no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021. Desde o final de novembro de 2020 até meados de abril de 2021, a cobertura vegetal nestas províncias tem sido inferior aos seus níveis médios. A capacidade e os recursos das autoridades provinciais para mitigar os impactos da seca permanecem limitados e a seca é susceptível de afectar o estado nutricional das comunidades vulneráveis, particularmente as crianças menores de cinco anos de idade. Os dados nutricionais do Inquérito de Indicadores Múltiplos (IIMS) 2015/16 mostraram que a prevalência de desnutrição aguda em Benguela e Huambo é de 4,6% e 6,0% respectivamente.

Em dezembro de 2019, a UNICEF e parceiros realizaram dois inquéritos nutricionais nos municípios mais afectados pela seca nas províncias de Huíla e Cunene. A metodologia SMART foi utilizada e um total de 1.704 crianças dos 6-59 meses (888 na Huíla e 816 no Cunene) de 1.315 agregados familiares (637 em Huíla e 678 no Cunene) foram seleccionados e as suas medições antropométricas analisadas. Os resultados indicam uma prevalência de desnutrição

¹ Victor Serrano, Evolução da situação agrometeorológica no sudoeste de Angola (3 províncias), fevereiro de 2021.

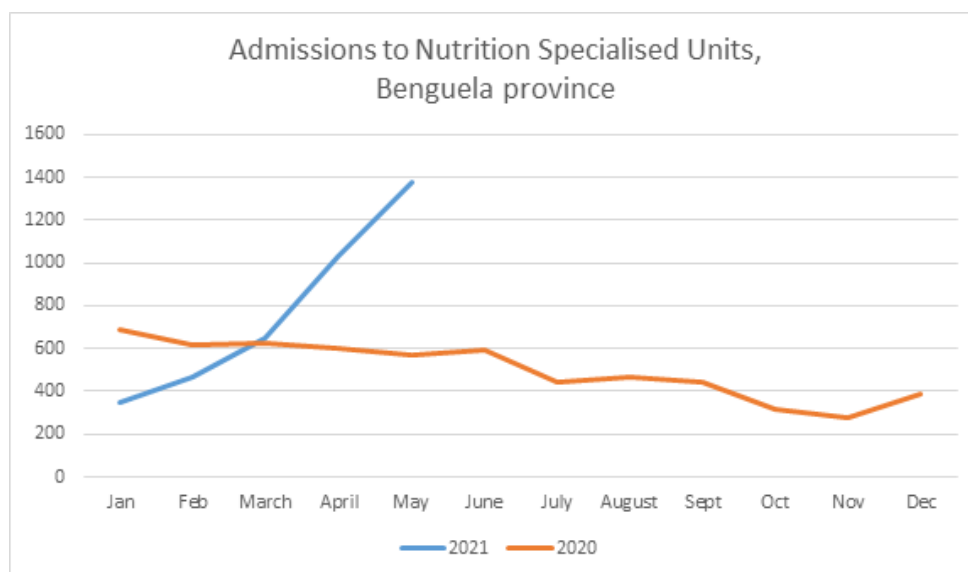
grave de 10,8% para Huíla e 10,6% para Cunene. Os dados secundários das províncias de Huíla, Cunene e Namibe evidenciam que o número de novas admissões em unidades especializadas em nutrição (UEN) aumentou exponencialmente em 2021. E que, comparativamente ao período homólogo de 2019, o número de admissões aumentou em 164% em 2021 (1502 casos em 2019 para 3965 casos em 2021). Este valor é alarmante e um dos mais elevados, apenas ultrapassado o cenário observado em novembro de 2020, onde se registaram 4410 admissões num mês. (Ver figura 1).

Figura 1: Análise de tendência da Prevalência de Desnutrição Aguda Grave em Huíla, Cunene e Namibe entre 2017 e 2021 (Dados de rastreio comunitário e hospitalar usando a fita MUAC)



Benguela, reúne ainda dados do Governo da Provincial sobre o número de novas admissões em unidades especializadas em nutrição (UEN), que revelam um aumento significativo de 290% em 5 meses, 352 em janeiro, para 1375 em maio de 2021 (Ver figura 2).

Figure 2: Análise de tendência da Prevalência de Desnutrição Aguda Grave na Benguela 2020 e 2021



Em abril de 2021, o Programa Alimentar Mundial (PAM) visitou as províncias de Benguela e Huambo para avaliar a situação nutricional, o impacto da seca actual e mapear as necessidades das instituições relevantes. As perdas de colheita de milho e feijão nas duas províncias ascenderam a 90-100%. Com as reservas dos anos anteriores a chegarem ao fim, a segurança alimentar e o estado nutricional das populações vulneráveis podem ser seriamente comprometidos. De salientar ainda que o preço dos produtos alimentares básicos quase duplicou. A nível de cuidados de saúde, observa-se que a capacidade das instalações de saúde para responder a um possível aumento dos casos de desnutrição aguda é limitada, devido à falta de medicamentos/suplementos, equipamento antropométrico e pessoal treinado.

Um relatório recente da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (em inglês, Southern Africa Development Community, SADC) sobre o estado da Segurança Alimentar e Nutricional & Vulnerabilidade no ano 2020, afirma que embora não afectando significativamente a produção, a COVID-19 contribuiu para agravar a pobreza já generalizada, traduzida em menor poder de compra e aquisição insuficiente de alimentos nos mercados. É o caso das famílias urbanas pobres, que dependiam exclusivamente do mercado (excepto as que tinham uma rede de apoio social familiar no caso da zona rural) que tinham sido afectadas desde o início do encerramento dos mesmos. Isto também aumentou a insegurança alimentar nas zonas rurais e nas famílias dependentes do rendimento de membros da família e de programas escolares. Como resultado da indisponibilidade, dificuldade de acesso e de alguma forma custo elevado de certos alimentos, as dietas alimentares tornam-se mais pobres, contribuindo para o aumento da desnutrição.

Devido a restrições impostas pela COVID-19, as habituais avaliações e os inquéritos de campo planeados não foram realizados. Embora, mesmo antes da pandemia, os níveis de insegurança alimentar na região estivessem a agravar-se, atingindo níveis semelhantes aos do ano anterior e os mais elevados da última década. De acordo com a avaliação sobre a situação de seca na

região Sul do país, realizada em outubro de 2019 pelo Ministério da Agricultura e parceiros, 1,6 milhões de pessoas (333.163 agregados familiares) estavam em situação de insegurança alimentar em 488 locais mais afectados pela seca. De acordo com a Análise de *Drought Hotspot* 2020/2021 do PAM, 3,8 milhões de pessoas em Angola são afectadas pela seca.

As avaliações da Classificação da Fase Integrada de Segurança Alimentar (IPC)² realizadas em três províncias afectadas pela seca, nomeadamente Cunene, Huíla, e Namibe em 2021, indicaram que através de 17 municípios, 49% agregados familiares estavam na fase 3 (crise) ou 4 (emergência) da IPC e enfrentarão dificuldades no acesso aos alimentos, ou só poderão satisfazer as necessidades alimentares mínimas através de intervenções de emergência para salvar vidas (ver Tabela 1).

Tabela 1: Número de pessoas com insegurança alimentar (IPC 3 ou 4) nas Províncias afectadas pela seca (julho-setembro 2021)

| Províncias afectadas pela seca | Número de municípios afectados | População por Província | População nas fases 3 e 4 do IPC | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------|------------|
| Cunene | 6 | 1 232 536 | 630 440 | 51% |
| Huíla | 6 | 805 849 | 469 786 | 58% |
| Namibe | 5 | 629 405 | 215 306 | 34% |
| Total | 17 | 2 667 790 | 561 840 | 49% |

JUSTIFICAÇÃO

São necessários quatro inquéritos SMART, a ter lugar em outubro-novembro de 2021 para:

1. Captar a situação nutricional actual nas Províncias de Benguela, Huambo, Huíla e Cunene;
2. Captar a situação nutricional durante a época de escassez de alimentos em Angola;
3. Assegurar a disponibilidade de dados para as acções de advocacia a partir de novembro de 2021

A metodologia SMART³ é uma forma fiável e aceite de medir a desnutrição aguda e crónica em situações de emergência e tem sido utilizada em muitos países africanos incluindo Angola. O

² IPC (2021) Situação da Insegurança Alimentar e Nutricional Aguda Nas Províncias de Cunene, Huila e Namibe
http://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/ipcinfo/docs/IPC_Angola_FoodSecurity&Nutrition_2021_July2022Mar_Report_Portuguese.pdf

³ <https://smartmethodology.org/survey-planning-tools/herramientas-para-smart/>

SMART utiliza amostragem aleatória baseada na população e permite que a prevalência de desnutrição aguda e crónica seja estabelecida de forma confiável e padronizada. O SMART dispõe de materiais que permitem organizar o treino dos inquiridores, proceder com a recolha e análise de dados e com a divulgação de resultados, garantindo a representatividade e a qualidade dos dados do inquérito.

OBJECTIVOS

Objectivo Geral

Avaliar a situação nutricional de crianças dos 6 aos 59 meses nas províncias de Huíla, Cunene, Benguela e Huambo, a fim de contribuir para uma melhor gestão dos problemas nutricionais.

Objectivos Específicos

1. Estimar a prevalência da desnutrição aguda (global, moderada e grave) em crianças dos 6 aos 59 meses de idade, através da medição dos parâmetros antropométricos peso-para-altura, perímetro braquial e/ou presença de edema bilateral;
2. Estimar a prevalência da desnutrição crónica e insuficiência ponderal/baixo peso (global, moderada e grave) em crianças dos 6 aos 59 meses de idade, através da medição dos parâmetros antropométricos altura-para-idade;
3. Estimar a prevalência de obesidade em crianças dos 6 aos 59 meses de idade, através de medição dos parâmetros antropométricos peso-para-altura;
4. Verificar a cobertura da vacinação contra o sarampo em crianças dos 9 aos 59 meses de idade;
5. Estimar a proporção de crianças dos 6-59 meses de idade que receberam suplementação com Vitamina A nos últimos 6 meses;
6. Estimar a proporção de bebés menores de 6 meses de idade em aleitamento materno exclusivo;
7. Estimar a proporção de crianças dos 12 aos 23 meses de idade em amamentação contínua;
8. Avaliar o número de refeições consumidas no dia anterior entre as crianças menores de 24 meses de idade;

9. Estimar a prevalência do baixo perímetro braquial em mulheres grávidas e lactantes dos 15 aos 49 anos de idade;
10. Avaliar a presença doméstica de latrinas e a utilização de fontes de água protegidas.

METODOLOGIA

O inquérito seguirá um desenho do tipo transversal com uma amostragem por *clusters* em dois estágios a fim de identificar aleatoriamente os *clusters* com probabilidade de serem selecionados proporcionalmente ao tamanho da população em cada *cluster*. Serão recolhidos dados antropométricos e aplicado um questionário para recolha de informação sobre nutrição, saúde, boas práticas de alimentação infantil, água, higiene e saneamento.

O inquérito irá seguir um desenho de acordo com a metodologia SMART e basear-se-á nos procedimentos do *Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (SMART Methodology)*.

Esta é uma metodologia de pesquisa rápida, padronizada e simplificada com introdução e verificação diária dos dados antropométricos com o objetivo de melhorar a qualidade dos mesmos. O SMART é reconhecido internacionalmente e recomendado por muitas organizações, para avaliar o estado nutricional de populações que necessitam de assistência através de programas de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda (GIDA).

Nos últimos anos, tem havido uma ampla utilização da Metodologia SMART na África Subsaariana, sendo que um mínimo de 32 países de um total de 45 na África Subsaariana, utilizaram a SMART.

A UNICEF, o PAM, a Visão Mundial e JAM trabalharão em conjunto com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e o Ministério da Saúde, para a validação técnica do protocolo do inquérito e proceder à definição da dimensão da amostra e da técnica de amostragem.

Amostragem e Tamanho de Amostra

Será feito o cálculo da amostra para cada uma das quatro províncias (Cunene, Huíla, Benguela e Huambo) com o objectivo de obter resultados representativos nas 4 províncias. A unidade amostral será o agregado familiar. Um agregado familiar é definido como uma pessoa ou grupo de pessoas, familiares ou não, que vivem juntas sob um mesmo tecto e que “comem da mesma panela” e reconhecem a autoridade de uma pessoa, que é o chefe de família.

Para cada Província, será considerada a:

- (1) Prevalência de DAG em peso-por-altura esperada:

- a) Huíla (13,2%), com base nos resultados do Inquérito Nutricional SMART realizado em Huíla em 2019, utilizando o intervalo de confiança superior como uma estimativa mais conservadora e considerando uma possível deterioração da situação.
 - b) Cunene (13,6%), com base nos resultados do Inquérito Nutricional SMART realizado em Cunene em 2019, utilizando o intervalo de confiança superior como uma estimativa mais conservadora e considerando uma possível deterioração da situação.
 - c) Benguela (4,6%), com base nos resultados do Inquérito de Indicadores Múltiplos (IIMS) 2015/16.
 - d) Huambo (6,0%), com base nos resultados do Inquérito de Indicadores Múltiplos (IIMS) 2015/16.
- (2) Precisão: 4% para Huíla e Cunene, 2,75% para Benguela e 3% Huambo, de acordo com as recomendações SMART, com base na prevalência de DAG e, considerando um tamanho de amostra ligeiramente reduzido para diminuir o risco de transmissão de COVID-19 durante a recolha de dados.
- (3) Efeito de *cluster*: 1,5 considerando alguma heterogeneidade na população.
- (4) Tamanho médio dos agregados familiares:
- a) Huíla (5,9), com base nos resultados do Inquérito Nutricional SMART realizado nesta província em 2019.
 - b) Cunene (6,9), com base nos resultados do Inquérito Nutricional SMART realizado nesta província em 2019.
 - c) Benguela e Huambo (4,8) com base nos resultados do Inquérito de Indicadores Múltiplos (IIMS) 2015/16.
- (5) Percentagem de crianças com menos de 5 anos de idade: Huíla, Cunene, Benguela e Huambo (19,4%) de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE).
- (6) Taxa de não resposta: 3%: de acordo com as recomendações SMART e considerando as observações dos inquéritos SMART realizados recentemente.

Tabela 2: Cálculo do tamanho da amostra para desnutrição

| Província | % DAG esperada | ± Precisão desejada % | Efeito de conglomerado/ <i>cluster</i> | Tamanho médio dos agregados familiares | % crianças <5 anos | % Taxa de não resposta | Tamanho da amostra em nº de crianças | Tamanho da amostra em nº de agregados familiares |
|-----------|----------------|-----------------------|--|--|--------------------|------------------------|--------------------------------------|--|
| Huíla | 13,2 | 4 | 1,5 | 5,9 | 19,4% | 3 | 449 | 450 |
| Cunene | 13,6 | 4 | 1,5 | 6,9 | 19,4% | 3 | 461 | 394 |

| | | | | | | | | |
|----------|-----|------|-----|-----|-------|---|-----|-----|
| Benguela | 4,6 | 2,75 | 1,5 | 4,8 | 19,4% | 3 | 364 | 448 |
| Huambo | 6,0 | 3 | 1,5 | 4,8 | 19,4% | 3 | 393 | 484 |

Considerando as horas de trabalho e as actividades de campo, estimou-se que as equipas de campo poderiam conseguir cobrir um total de 13 agregados familiares, por dia e por *cluster*, considerando os seguintes factores na Tabela 3:

Tabela 3: Cálculo do número de agregados familiares visitados por dia

| Factores | Tempo |
|--|--|
| Horas de trabalho (7h-18h) | 660 minutos |
| Viagem | 120 minutos |
| Introduções e amostragem | 60 minutos |
| Almoço e pausas | 90 minutos |
| Tempo médio em cada agregado familiar | 25 minutos |
| Tempo de deslocação entre agregados familiares | 5 minutos |
| Número de agregados familiares visitados por dia | 13 agregados familiares $((660-120-60-90)/(25+5)=13)$ |

O número total de *clusters* por província é, portanto, determinado pelo tamanho da amostra dividido pelo número de *clusters*, com o número final arredondado para cima (por excesso). O número total de *clusters* para as Províncias será de 35 (Huíla), 31 (Cunene), 35 (Benguela) e 38 (Huambo). Estima-se 7-8 dias de recolha de dados para cada província considerando um total de 5 equipas de recolha de dados e 13 agregados familiares por dia.

Procedimentos de Amostragem

Será utilizada uma amostragem por *clusters* em duas fases:

Fase I, serão seleccionadas unidades primárias de amostragem (*clusters*) com probabilidade proporcional à população, utilizando o *software* ENA para SMART (versão de 11 de janeiro de 2020), a partir dos dados existentes e da cartografia do Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH) de Angola, levado a cabo pelo INE.

Fase II, serão seleccionados os agregados familiares em segundo grau, através de amostragem aleatória simples a partir de uma lista completa e actualizada dos agregados familiares existentes por *cluster*. Para uma amostragem aleatória simples:

1. O líder da equipa junto com funcionários locais e membros da comunidade, farão a actualização ou criarão uma lista completa de agregados familiares para cada *cluster*.
2. O número de agregados familiares (13 por *cluster*) será então seleccionado aleatoriamente, utilizando uma aplicação que gera números aleatórios.

Elegibilidade

No agregado familiar, os cuidadores principais de todas as crianças de 0 a 59 meses serão inquiridos, sendo que apenas as crianças (de 6 a 59 meses), grávidas e lactentes de 15 a 49 anos serão avaliadas quanto ao estado nutricional. Todos os agregados familiares seleccionados serão elegíveis mesmo que não estejam presentes crianças ou mulheres elegíveis, uma vez que lhes serão colocadas questões ao nível do agregado familiar (latrina e ponto de água).

Famílias ausentes e famílias com crianças ausentes que preencham os critérios de inclusão serão cadastradas e a equipa deverá regressar ao agregado familiar no fim do trabalho para recolher as medidas antropométricas desta criança. Se a criança não tiver regressado, ela não deverá ser substituída. Se os membros de um agregado familiar estiverem ausentes, os inquiridores deverão regressar ao agregado familiar antes do fim do dia. Se ao fim do dia os membros não tiverem regressado, as crianças dos 0 aos 59 meses de idade deverão ser registadas como ausentes.

Se uma criança estiver hospitalizada no momento do inquérito, ela deverá ser medida ao fim do dia de trabalho, no local de hospitalização, se este se localizar a menos de 20 quilómetros. As crianças portadoras de deficiência serão incluídas no inquérito e todas as medições não afectadas pela deficiência serão obtidas.

Variáveis a Colectar

A recolha de dados incidirá sobre as seguintes variáveis:

Sexo: Será codificado "M" para masculino e "F" para feminino.

Idade: A data de nascimento será revelada por um documento (registo de nascimento, cartão de saúde ou registo do pai). Entretanto, na ausência de um documento, o inquiridor deverá estimar a idade da criança com a ajuda dos familiares e de um calendário de eventos.

Peso: As crianças dos 6 aos 59 meses serão pesadas completamente nuas, com a exactidão de ± 100 gramas, numa balança electrónica mãe-bebé (SECA 874). A balança será calibrada com um

peso de 1kg todos os dias, logo pela manhã antes das actividades do inquérito iniciarem. Para cada *cluster*, antes do início das medidas, as balanças deverão ser verificadas e calibradas utilizando um peso padrão. As equipas receberão pilhas de reserva. As crianças que não se possam manter em pé na balança, serão pesadas nos braços das suas mães (ou nos braços do assistente) e as crianças maiores serão pesadas de pé sobre a balança.

Altura e comprimento: A altura de todas as crianças dos 6 aos 59 meses será medida usando um altímetro (UNICEF S0114540) graduado em centímetros, e com uma precisão de $\pm 0,1$ cm, excepto para o caso das crianças que apresentem deficiência nos membros inferiores. Crianças com menos dois anos de idade serão medidas deitadas. Crianças com maior de dois anos serão medidas de pé.

Perímetro Braquial (PB): O perímetro braquial será medido a todas as crianças dos 6 aos 59 meses, e a grávidas e lactentes dos 15 aos 49 anos. Esta medida será feita com recurso a duas fitas (MUAC infantil e de adulto) graduadas e homologadas pela UNICEF, com uma precisão de um milímetro. A Fita infantil será codificada por cores: Vermelho (malnutrição aguda severa) 0-21cm; Amarelo (malnutrição aguda moderada) 21-23cm; verde (normal) 23-45,5cm, e a fita de medição braquial de adultos, não colorida.

Edemas: Apenas edema bilateral será considerado como um indicativo da existência de algum problema nutricional. A presença de edema será avaliada exercendo uma pressão de três segundos no peito dos dois pés, a todas as crianças dos 6 aos 59 meses.

Vacinação contra o sarampo: será feita a avaliação da cobertura vacinal de rotina de sarampo em crianças de 9 a 59 meses. O estado de vacinação será registado como vacinado (sim) caso exista registo através do cartão de vacinação, ou pela confirmação dada pelo cuidador da criança, e como não vacinado, quando não houver registo da vacinação ou se o cuidador confirmar que a criança não foi vacinada, ou como desconhecido quando esse for o caso.

Suplementação de vitamina A: será feita a avaliação da cobertura nos últimos 6 meses antes da data de realização do inquérito, a todas as crianças de 6 a 59 meses. O estado da suplementação será registado como sim quando confirmado pelo cuidador da criança, não vacinado, ou desconhecido.

Aleitamento materno e amamentação contínua: serão feitas perguntas para ver se as crianças menores de 24 meses de idade foram amamentadas, consumiram líquidos, ou consumiram quaisquer alimentos no dia anterior ao inquérito durante o dia ou durante a noite (sim, não ou desconhecido). Se a criança tiver consumido alimentos no dia anterior, será perguntado quantas vezes.

Latrina doméstica e fonte de água: será avaliada a presença doméstica de latrinas através da observação e categorização do tipo de latrina de entre uma lista contextualizada. Será avaliada a utilização de fontes de água seguras. O tipo de fonte de água utilizado para o agregado familiar será comunicado por um membro do agregado familiar e categorizado a partir de uma lista contextualizada.

Inserção dos dados

Durante o trabalho de campo os dados serão inseridos diretamente no *software KoboCollect* a partir de um *tablet*, este equipamento enviará os dados ao computador do coordenador do inquérito que irá inserir no *software* ENA. No fim de cada dia de trabalho o coordenador do inquérito irá realizar o teste de plausibilidade e com o resultado deste teste trabalhará com as equipas para melhorar a qualidade dos dados.

Antes do envio dos dados ao coordenador do inquérito, o líder de equipa deve fazer a verificação dos mesmos e de seguida o supervisor irá avançar com o mesmo procedimento de verificação dos dados.

Supervisão, Treino e Saúde durante os Inquéritos:

Supervisão

Serão formadas 5 equipas para trabalhar na província de Huíla e de seguida as mesmas equipas irão trabalhar na província de Cunene. Serão igualmente formadas outras 5 equipas para trabalhar na província de Benguela e a posterior na província de Huambo. Cada equipa será composta por 3 membros sendo, um team leader e 2 inquiridores. Haverá um supervisor de campo por equipa, para além do coordenador do inquérito, para assegurar uma supervisão técnica de alta qualidade durante todo o período de recolha de dados.

Treino

Um treino será realizado em Huíla (ver Anexo 1). Serão convidados vinte candidatos (dez da Huíla e dez do Cunene), bem como os cinco supervisores de campo. O treino de 7 dias será composto por 5 dias de teoria e prática, 1 dia de teste de padronização, e 1 dia para a realização do piloto do inquérito. No final do treino, serão convidados para integrar a equipa de recolha de dados como inquiridores, os 15 candidatos que tenham tido melhor desempenho durante o treino, os restantes 5 serão considerados suplentes, podendo integrar a equipa de inquiridores sempre que se julgar necessário.

Esta mesma treino será repetida em Benguela (ver Anexo 1), com vinte candidatos (dez de Benguela e dez do Huambo), bem como cinco supervisores de campo.

Medidas adicionais associadas a COVID-19

Os procedimentos de campo serão adaptados ao *Interim guidance on restarting population level surveys and household level data collection in humanitarian situations during covid-19 pandemic* versão de 8 outubro 2020.

Durante o treino e a recolha dos dados todos os participantes irão praticar o distanciamento social, lavar ou desinfetar as mãos frequentemente e usar máscaras. Todos os membros da equipa farão um teste rápido COVID-19 antes do treino e antes do início da recolha de dados.

Durante a recolha de dados, as equipas serão mantidas separadas das outras equipas e um mesmo supervisor permanecerá com elas durante a recolha de dados. Apenas o coordenador do inquérito se deslocará entre as diferentes equipas, seguindo apenas uma equipa por dia.

A verificação do estado de saúde para o rastreio de sintomas sugestivos de COVID-19, de toda a equipa do estudo, será feita todos os dias antes do início das actividades de campo e no fim. Se os membros da equipa do inquérito desenvolverem sintomas de COVID-19 durante a recolha de dados, serão imediatamente enviados para novos testes e caso sejam positivos serão imediatamente seguidos os protocolos de saúde em vigor no país.

Será feito o rastreio de sintomas associados a COVID-19 em cada um dos agregados familiares incluindo o rastreio de contacto recente com um caso de COVID-19 antes da entrevista iniciar, de acordo com as orientações em vigor no país. O distanciamento físico será praticado com todos os membros do agregado familiar e as entrevistas terão lugar ao ar livre sempre que possível. Caso um dos membros do agregado familiar apresente sintomas sugestivos de COVID-19 será solicitado para que se isole enquanto decorre o inquérito. Caso o membro com sintomas seja um dos participantes elegíveis para o estudo será feita apenas a recolha dos dados gerais do inquérito, excluindo a recolha das medidas antropométricas. Se no agregado familiar existir um caso confirmado de COVID-19, a recolha de dados não será realizada.

O equipamento antropométrico (balanças, pranchas de altura e fitas MUAC) será desinfetado entre casas. Os inquiridores irão higienizar as suas mãos entre agregados familiares e mudar as suas máscaras três vezes ao dia ou sempre que necessário.

Considerações Éticas

O inquérito será conduzido segundo os princípios definidos na declaração de Helsínki e por outros órgãos regulatórios e de acordo com os padrões estabelecidos internacionalmente sempre que aplicado.

O presente protocolo será implementado após aprovação pelo Ministério da Saúde e o Comité de Ética de Angola. Será administrado um consentimento informado aos participantes do estudo, sendo que para as crianças menores de 5 anos, será considerado o consentimento administrado ao cuidador da criança. A participação será voluntária e somente os participantes que consentirem (confirmado por assinatura ou impressão digital do participante) serão incluídos no inquérito.

Interpretação dos resultados

Os resultados da desnutrição serão interpretados utilizando os seguintes limites apresentados nas Tabelas 4 e 5:

Tabela 4: Indicadores antropométricos e seus limites

| | Desnutrição aguda | Desnutrição crônica | Insuficiência ponderal |
|----------|--|----------------------------|-------------------------------|
| Grave | P/A < -3 Z-score e/ou edema bilateral | A/I < -3 Z-score | P/I < -3 Z-score |
| Moderada | -3 DP ≤ P/A < -2 Z-score | -3 DP ≤ A/I < -2 Z-score | -3 DP ≤ P/I < -2 Z-score |
| Global | P/A < -2 Z-score e/ou edema bilateral | A/I < -2 Z-score | P/I < -2 Z-score |

Tabela 5: Limites do perímetro braquial (PB) para crianças dos 6 aos 59 meses

| Valores de PB | Significado nutricional |
|------------------------|--------------------------------|
| PB < 115 mm e/ou edema | Desnutrição grave |
| 115 mm ≤ PB < 125 mm | Desnutrição moderada |
| PB < 125 mm e/ou edema | Desnutrição global |

Tabela 6: Limites do perímetro braquial (PB) para mulheres dos 15 aos 49 anos

| Valores de PB | Significado nutricional |
|----------------------|--------------------------------|
| PB < 210 mm | Desnutrição aguda |

Anexo 1: Cronograma dos inquéritos

| | Outubro | | | | Novembro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|----|----|----|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|
| Actividade | 28 | 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | |
| Treino (1) de inquiridores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolha de dados da Huíla (inquérito 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viajar para Cunene | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolha de dados do Cunene (inquérito 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viajar para Benguela | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparativos logísticos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Treino (2) de inquiridores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolha de dados Benguela (inquérito 3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viajar para Huambo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolha de dados Huambo (inquérito 4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

c = dia da contingência