

Estado nutricional das crianças e mulheres



Agradecimentos

O Ministério da Saúde Pública e da Solidariedade Social agradece ao UNICEF e a todos os outros parceiros (PAM, OMS, Plan Guiné-Bissau, INE e INASA) pela sua contribuição na realização deste segundo inquérito nacional sobre o estado nutricional das crianças menores de 5 anos e das mulheres em idade reprodutiva (15 aos 49 anos).

Agradecemos especificamente:

- ao pessoal técnico, administrativo, logístico e de apoio do escritório do UNICEF em Bissau;
- ao escritório regional do UNICEF para a África Central e Ocidental, em Dakar;
- à Direção do Serviço de Alimentação, Nutrição e da Sobrevivência da Criança pelo seu apoio na organização;
- ao Instituto Nacional de Estatística (INE) pelo apoio na concepção da amostragem, cartografia e introdução dos dados;
- aos Pontos Focais de Nutrição das diferentes regiões;
- às autoridades administrativas e sanitárias das diferentes regiões pelo apoio fornecido durante a fase de coleta dos dados;
- às famílias, particularmente às mulheres e suas crianças que participaram neste estudo;
- aos inquiridores e supervisores que asseguraram a qualidade da colecta de dados no terreno, em condições, por vezes, muito difíceis;
- a todos que, de perto ou de longe, contribuíram para a realização e o sucesso deste trabalho.

SEGUNDO INQUÉRITO NACIONAL SMART | REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU

Estado nutricional das crianças menores de 5 anos e mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos)

Relatório final | Novembro-Dezembro 2012



República da Guiné-Bissau
Ministerio da Saúde Pública





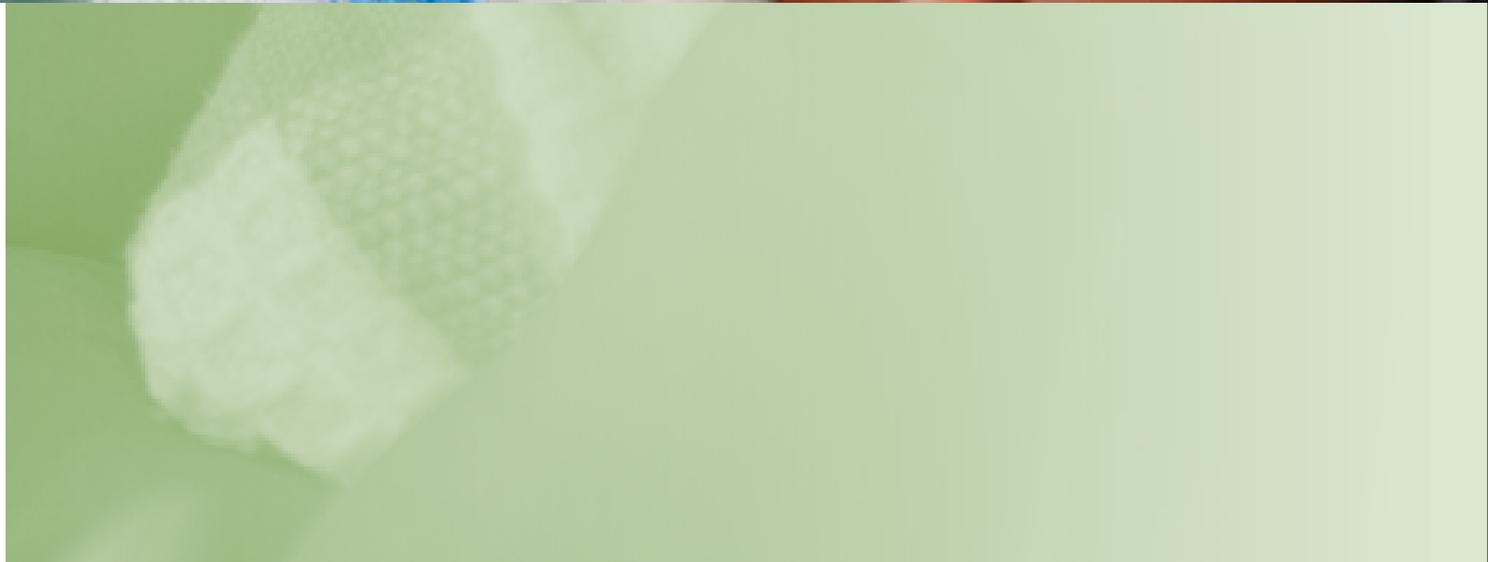
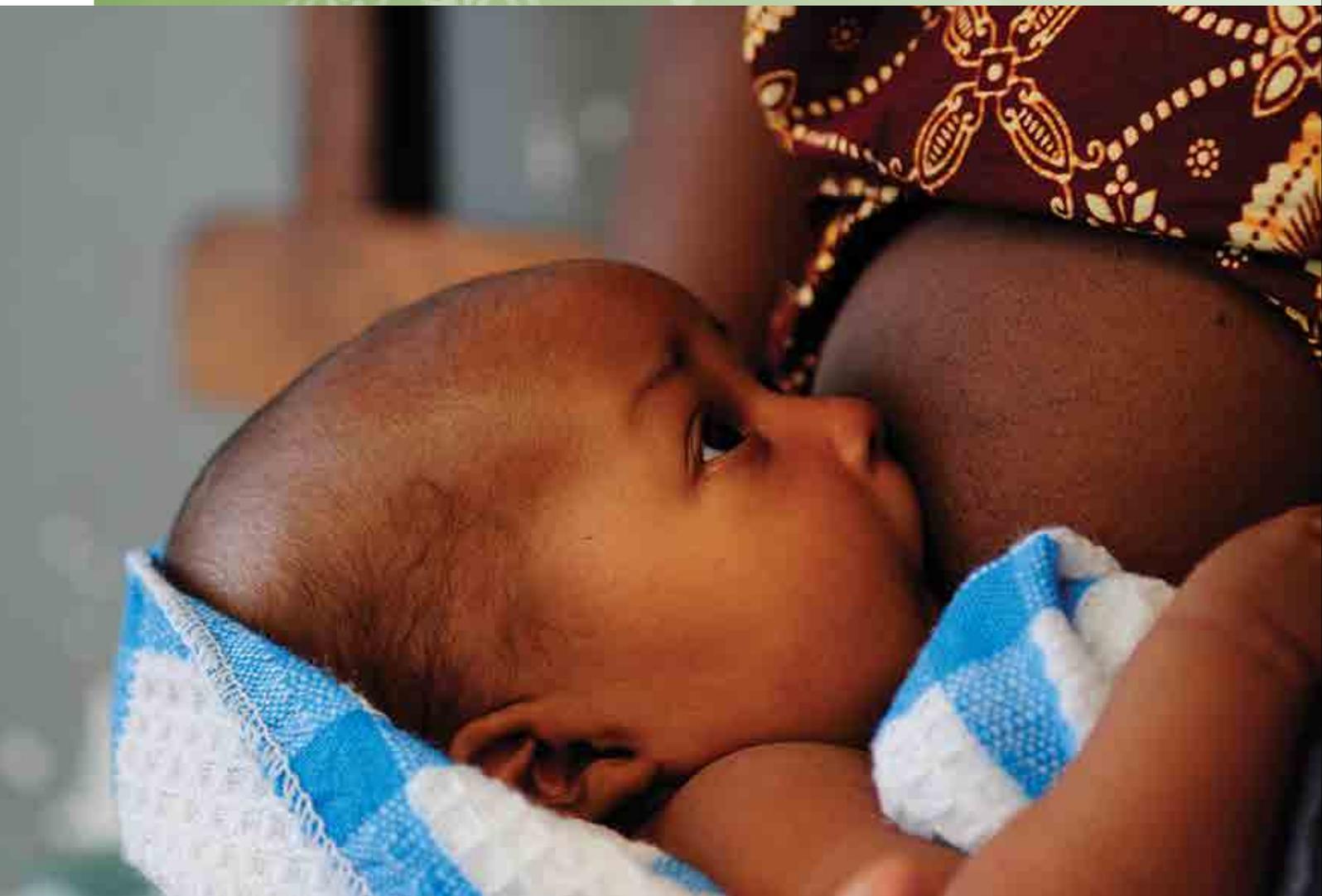
Índice

Agradecimentos	2
Índice	5
Siglas e acrónimos	7
Lista das tabelas	9
Lista das figuras	13
Resumo	14
Contexto e justificação	16
Objetivo geral	17
Objetivos específicos	17
Metodologia	19
1. Zona do inquérito	19
2. Tipo de inquérito e população alvo	19
3. Amostragem	20
3.1. Amostragem em primeiro grau: seleção de grappes	21
3.2. Técnica de Amostragem em segundo grau: seleção de agregado familiar	21
4. Variáveis coletadas	22
5. Diferentes fases do inquérito	23
5.1. Fase preparatória	23
5.2. Formação dos Inquiridores e dos Supervisores	23
5.3. Coleta de Dados no Terreno	24
6. Tratamento informático e redação do relatório	26
7. Considerações éticas	29
8. Coordenação técnica do inquérito	29
9. Dificuldades e limites do inquérito	29

Resultados	31
1. Descrição das amostras	31
2. Qualidade dos dados	32
3. Estado nutricional das crianças de 0 a 59 meses	35
3.1. Desnutrição Aguda	35
3.2. Desnutrição crónica ou Retardo no crescimento	40
3.3. Insuficiência ponderal	44
4. Estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos	48
4.1. Estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos não gestantes, segundo o IMC	50
4.2. Prevalência da desnutrição crónica com base na altura	50
4.3. Prevalência da desnutrição aguda com base no PB	51
5. Alimentação do lactente e da criança pequena (ALCP)	52
6. Dados adicionais	57
6.1. Cobertura de vacinação contra o sarampo (VAS)	57
6.2. Cobertura de suplementação de vitamina A	57
6.3. Cobertura da desparasitação em crianças de 12 a 59 meses	58
7. Teste de iodação do sal	59
Discussão	61
1. Desnutrição aguda	61
2. Desnutrição crónica	63
3. Insuficiência ponderal	64
4. Estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos	65
5. Alimentação do lactente e da criança pequena (ALCP)	65
6. Cobertura da vacinação contra o sarampo, da suplementação de vitamina A e da desparasitação	66
7. Disponibilidade do sal iodado	67
Conclusão e recomendações	69
Conclusão	69
Recomendações	70
Referências bibliográficas	71
Anexos	73

Siglas e acrónimos

ALCP	Alimentação do Lactente e da Criança Pequena
DA	Desnutrição Aguda
DAG	Desnutrição Aguda Grave
DAM	Desnutrição Aguda Moderada
DC	Desnutrição Crónica
DP	Desvio Padrão
DR	Distrito de Recenseamento
DSANSC	Direção de Serviço de Alimentação, Nutrição e de Sobrevivência das Crianças
ENA	Emergency Nutrition Assessment (Avaliação Nutricional de Emergência)
FAO	Fundo das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
INASA	Instituto Nacional de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IP	Insuficiência Ponderal
MICS	Multiple Indicators Distrito Survey
OMD	Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
P/A	Índice Peso por Altura
P/I	Índice Peso por Idade
PAM	Programa Alimentar Mundial
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PB	Perímetro Braquial
RGPH	Recenseamento Geral da População e Habitação
SAB	Sector Autónomo de Bissau
SMART	<i>Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transitions</i> (Monitorização e Avaliação Padronizada para Situações de Alívio e Transição)
UEMOA	União Económica e Monetária da África Ocidental
UNDP	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNICEF	Fundo da Nações Unidas para a Infância
VAS	Vacina contra o Sarampo



Lista das tabelas

Tabela 1: Parâmetros utilizados nos cálculos do tamanho da amostra por estrato (região).	20
Tabela 2: Tamanho da amostra em nº de agregados e nº de grappes por estrato, e o nº de dias de coleta de dados por estrato (região).	20
Tabela 3: Código dos resultados do teste rápido de iodação do sal	23
Tabela 4: Plano de colocação das equipas no terreno durante a coleta dos dados	25
Tabela 5: Indicadores nutricionais utilizados para avaliação do estado nutricional das crianças de 0 a 59 meses	26
Tabela 6: Limites do Perímetro Braquial para crianças de 6 a 59 meses segundo os padrões OMS2006	26
Tabela 7: Classificação da situação nutricional, OMS2000	26
Tabela 8: Pontos de corte para interpretação do IMC em mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) não gestantes.	27
Tabela 9: Características das amostra das crianças de 0 a 59 meses e das mulheres de 15 aos 49 anos inquiridas, Guiné-Bissau novembro-dezembro 2012.	31
Tabela 10: Distribuição por idade e sexo das crianças de 0 a 59 meses inquiridas, Guiné-Bissau novembro-dezembro 2012	32
Tabela 11: Proporção de crianças de 6 a 59 meses cuja idade foi determinada com a data de nascimento, por região.	32
Tabela 12: Média z-scores \pm desvio padrão, efeito de grappe, número de z-scores não disponíveis, número de z-scores excluídos da análise (sinalizadores SMART para os estratos / sinalizadores OMS para todas as regiões), para cada índice nutricional (6-59 meses para o P/A e 0-59 meses para o A/I e o P/I) por região e para o país.	34
Tabela 13: Prevalência de desnutrição aguda global (P/A < -2 z-scores e/ou edema), moderada (-3 z-scores < P/A < -2 z-scores) e grave (P/A < -3 z-scores e/ou edema) de acordo com os padrões OMS 2006 para crianças dos 6 aos 59 meses na Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	35
Tabela 14: Prevalência da desnutrição aguda (global e grave) segundo o sexo das crianças de 6 a 59 meses, Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	36
Tabela 15: Prevalência da Desnutrição Aguda por faixa etária em crianças de 6 a 59 meses, e por região, Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	37
Tabela 16: Prevalência da desnutrição aguda (moderada e grave) por faixa etária em crianças de 0 a 59 meses a nível nacional, Guiné-Bissau, novembro - dezembro de 2012.	38
Tabela 17: Prevalência da desnutrição aguda global (P/A < -2 z-score e/ou edema), moderada (-3 z-score \leq P/A < -2 z-score) e grave (P/A < -3 z-score e/ou edema) segundo padrões OMS2006 em crianças de 6 a 59 meses por províncias da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	38
Tabela 18: Prevalência da Desnutrição aguda global (PB < 125 mm e/ou edema, moderada (115 mm \leq PB < 125 mm) e grave (PB < 115 mm e/ou Edema) em crianças de 6 a 59 meses, por região da Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012.	39

Tabela 19: Prevalência da desnutrição aguda (global e grave) segundo o PB de acordo com o sexo das crianças dos 6 aos 59 meses, Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012.	39
Tabela 20: Número estimado de crianças com desnutrição aguda grave, desnutrição aguda moderada e número total de crianças com desnutrição aguda por região e a nível nacional, Guiné-Bissau novembro-dezembro 2012.	40
Tabela 21: Prevalência da desnutrição crónica (A/I <-2 z-score), moderada (-3 z-score ≤ A/I < -2 z-score) e grave (A/I < -3 z-score) segundo padrões OMS2006 em crianças dos 0 aos 59 meses, por região de Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012.	41
Tabela 22: Prevalência da desnutrição crónica segundo o sexo das crianças dos 0 aos 59 meses, Guiné-Bissau novembro - dezembro 2012.	41
Tabela 23: Prevalência da Desnutrição Crónica por Faixa Etária em crianças de 0 a 59 meses por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012. 	42
Tabela 24: Prévalence de la malnutrition chronique (modérée et sévère) par tranches d'âge chez les enfants de 0 à 59 mois au niveau national, Guinée-Bissau, novembre-décembre 2012	43
Tabela 25: Prevalência da desnutrição crónica (A/I <-2 z-score), moderada (-3 z-score ≤ A/I < -2 z-score) e grave (A/I < -3 z-score) segundo padrões OMS2006 em crianças de 0 a 59 meses, por províncias da Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012.	43
Tabela 26: Prevalência da insuficiência ponderal (P/I < -2 z-score), moderada (-3 z-score ≤ P/I < -2 z-score) e grave (P/I < -3 z-score) de acordo com os padrões OMS2006, em crianças de 0 a 59 meses, por região da Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012.	44
Tabela 27: Prevalência da Insuficiência Ponderal (global e grave) segundo o sexo das crianças de 0 a 59 meses, Guiné-Bissau novembro - dezembro 2012.	45
Tabela 28: Prevalência da Insuficiência Ponderal por Faixa Etária em crianças de 0 a 59 meses, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	46
Tabela 29: Prevalência da Insuficiência Ponderal (moderada e grave) por faixa etária das crianças de 0 a 59 meses a nível nacional, Guiné-Bissau, novembro – dezembro 2012.	47
Tabela 30: Prevalência da insuficiência ponderal (P/I <-2 z-score), moderada (-3 z-score ≤ P/I < -2 z-score) e grave (P/I < -3 z-score) segundo padrões OMS2006, em crianças de 0 a 59 meses, por províncias da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	47
Tabela 31: Descrição dos dados (idade, peso, altura e PB) coletados em mulheres dos 15 aos 49 anos, Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012.	48
Tabela 32: Características das mulheres dos 15 aos 49 anos inquiridas por região da Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012.	49
Tabela 33: Estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos não gestantes em função do IMC, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	50
Tabela 34: Prevalência da desnutrição crónica (altura < 145cm) em mulheres de 15 a 49 anos por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	51
Tabela 35: Prevalência da desnutrição aguda grave segundo o PB (PB<180mm) nas mulheres de 15 a 49 anos, por região, e prevalência da desnutrição aguda moderada (210mm < PB < 235mm) em gestantes e/ou lactantes da mesma idade por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	51

Tabela 36: Proporção do início precoce da amamentação em mães de crianças de 0 a 23 meses, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012.	52
Tabela 37: Proporção de aleitamento materno exclusivo em crianças dos 0 a 5 meses por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	52
Tabela 38: Introdução de Alimentos Sólidos, Semissólidos e Moles na Alimentação de Crianças aos 6 meses de idade, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012.	53
Tabela 39: Continuação da Amamentação Em Crianças Até Um Ano de Idade por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012.	53
Tabela 40: Proporção de crianças de 0 a 23 meses alimentadas com biberão por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	54
Tabela 41: Proporção de crianças de 6 a 23 meses que beneficiaram de uma frequência mínima de refeições durante as 24h que precederam o inquérito na Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	54
Tabela 42: Proporção de crianças de 6 a 23 meses que beneficiaram de uma frequência mínima de refeições (amamentadas e não amamentadas), por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	54
Tabela 43: Proporção de crianças de 0 a 23 meses que receberam uma diversidade alimentar mínima nas 24 horas que antecederam o inquérito, por faixa etária, Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	55
Tabela 44: Proporção de crianças de 6 a 23 meses que beneficiaram de uma diversificação alimentar mínima, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	55
Tabela 45: Média de grupos de alimentos consumidos pelas crianças de 6 a 23 meses por faixa etária, Guiné-Bissau 2012.	55
Tabela 46: Média de grupos de alimentos consumidos pelas crianças de 6 a 23 meses por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	56
Tabela 47: Proporção de crianças de 6 a 23 meses (amamentadas e não amamentadas) que beneficiaram de um aporte alimentar mínimo na véspera do inquérito, Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	56
Tabela 48: Cobertura de vacinação contra o sarampo em crianças de 9 a 59 meses, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012.	57
Tabela 49: Cobertura de suplementação de vitamina A em crianças dos 6 a 59 meses por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	58
Tabela 50: Cobertura de desparasitação em crianças de 12 a 59 meses por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012.	58
Tabela 51: Proporção de agregados que utilizaram sal iodado na cozinha na véspera do inquérito, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.	59



Lista das figuras

Figura 1 : Mapa da República da Guiné-Bissau e as lista dos estratos (Regiões) com número da população. [5].	19
Figura 2 : Distribuição da amostra das crianças de 0 a 59 meses segundo a idade em meses, Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012	33
Figura 3 : Distribuição do índice P/A em z-score da amostra das crianças dos 6 aos 59 meses inquiridas na Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012, em comparação com a população de referência OMS 2006.	35
Figura 4: Distribuição do índice P/A em z-score por sexo das crianças dos 6 aos 59 meses inquiridas na Guiné-Bissau, novembro – dezembro 2012, comparada à da população de referência OMS 2006.	36
Figura 5 : Distribuição do índice Altura/Idade (A/I) em z-score das crianças dos 0 aos 59 meses inquiridas na Guiné-Bissau novembro - dezembro 2012, comparada à da população de referência OMS 2006.	40
Figura 6: Distribuição do índice Peso/Idade (P/I) em z-score da amostra das crianças inquiridas na Guiné-Bissau, novembro – dezembro 2012, comparada à da população de referencia OMS2006.	44
Figura 7: Distribuição por idade da amostra das mulheres dos 15 aos 49 anos, Guiné-Bissau novembro - dezembro 2012.	48
Figura 8: Distribuição por faixa etária das gestantes da amostra de mulheres dos 15 aos 49 anos inquiridas na Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012.	49
Figura 9: Práticas de alimentação dos bebés na Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012.	56
Figura 10: Comparação das prevalências da desnutrição aguda global por província (Leste, Norte, Sul e SAB) da Guiné-Bissau, SMART 2008 e SMART 2012.	62
Figura 11: Comparação das prevalências da desnutrição aguda global por região da Guiné-Bissau, entre o inquérito MICS 2010 e o inquérito SMART 2012.	62
Figura 12: Proporção dos agregados em insegurança alimentar por região na Guiné-Bissau, VAM 2011.	63
Figura 13: Comparação da prevalência do retardo do crescimento por região, entre SMART 2008 e SMART 2012, Guiné-Bissau.	64
Figura 14: Comparação das prevalências de insuficiência ponderal por província (Leste, Norte, Sul e SAB), Guiné-Bissau SMART 2008 e SMART 2012.	64
Figura 15: Comparação das prevalências da Insuficiência ponderal por região da Guiné-Bissau, MICS 2010 e SMART 2012.	65
Figura 16: Comparação das proporções do início do aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo, introdução de alimentos sólidos e aleitamento materno continuado até um ano, MICS 2010 e SMART 2012.	66
Figura 17: Comparação da disponibilidade do sal iodado por região e para todo o país, MICS 2010 e SMART 2012.	67

Resumo

De 13 de Novembro a 20 de Dezembro do ano 2012, o Ministério da Saúde Pública e da Solidariedade Social da Guiné-Bissau, com o apoio técnico e financeiro do UNICEF e em colaboração com os seus outros parceiros (PAM, OMS, Plan Guiné-Bissau, FAO, INE e INASA), julgaram oportuno e pertinente a realização de um segundo inquérito nutricional baseado na metodologia SMART. Este 2º inquérito inscreve-se no quadro de avaliação da situação nutricional num contexto de crise político-militar, que caracteriza o país há já alguns anos.

Os objetivos específicos do inquérito foram:

- Estimar a prevalência da desnutrição aguda (global, moderada e grave) entre as crianças dos 6 aos 59 meses;
- Estimar a prevalência da desnutrição crónica e insuficiência ponderal (moderada e grave) entre as crianças dos 0 aos 59 meses;
- Estimar a cobertura da suplementação de vitamina A entre as crianças dos 6 aos 59 meses;
- Estimar a cobertura de vacinação contra o sarampo entre as crianças dos 9 aos 59 meses;
- Estimar a proporção das crianças desparasitadas (12 – 59 meses) nos últimos 6 meses;
- Avaliar as práticas alimentares nas crianças dos 0 aos 23 meses (práticas de amamentação e de alimentação complementar);
- Estimar a prevalência da desnutrição aguda (PB ≥ 180 mm e PB < 221 mm), crónica (altura < 145 cm) e da deficiência energética (IMC2 $< 18,5$) em mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos);
- Estimar a disponibilidade de sal iodado nos agregados familiares.

Foi um estudo transversal baseado numa pesquisa de *distrito* de dois estágios, onde o cálculo do tamanho das amostras e o sorteio dos *distritos* foram feitos usando o programa ENA. No total 260 *segmentos* (*distritos*) foram investigados e em cada *segmento* 18 famílias. A seleção dos agregados familiares a serem inquiridos nas tabancas ou bairros foi feita por um sorteio aleatório sistemático, usando um passo de sondagem. Em cada agregado familiar seleccionado, todas as crianças dos 0 aos 59 meses foram inquiridas. Os principais dados coletados e analisados foram: sexo, idade, peso, altura, edemas, perímetro braquial, suplementação com vitamina A, cobertura de desparasitação, cobertura de vacinação contra o sarampo. Para as mulheres dos 15 aos 49 anos os dados colectados foram: idade, peso, altura, perímetro braquial, gestação e amamentação. Também foram coletados dados sobre a Alimentação dos lactentes e das Crianças Pequena (ALCP) junto às mães das crianças dos 0 aos 23 meses. O sal de cozinha também foi coletado e analisado quanto à sua iodação, em todos os agregados familiares inquiridos.

A análise e limpeza de dados foram feitas utilizando o ENA, software Excel, Epi data e Epi info (versão 3.5.1), segundo as recomendações do SMART. Medidas antropométricas individuais foram comparadas com valores de referências internacionais (normas OMS 2006).

A prevalência nacional de desnutrição aguda global é de 6,5% [5,2-7,4]. De acordo com a classificação da OMS, esta prevalência nacional corresponde a uma situação nutricional precária. Em relação à prevalência de desnutrição aguda global por região, a situação nutricional é alarmante na região de Bafatá com 10%, enquanto ela é considerada precária nas regiões de: Oio (8,0%), Bissau (6,7%), Gabú (5,8%) e Quinara (5,3%) e Bolama/Bijagós (5,2%).

A extrapolação da prevalência da desnutrição aguda (geral, moderada e grave) revelou que as 15.488 crianças dos 6-59 meses sofrem de desnutrição aguda. Entre elas 13.240 são casos moderados e 1749 são casos graves que correm um elevado risco de morte.

PB : Perímetro Braquial

IMC : Índice de Massa Corporal

ENA para SMART : é o nome do programa utilizado para a planificação, introdução e análise dos dados antropométricos para as crianças dos 0 aos 59 meses, no inquérito SMART.

A prevalência nacional de desnutrição crónica (atraso no crescimento) é de 26,6 [15,3-17,8] com intervalo de confiança de 95%. Isso reflete um estado de insegurança para o país de acordo com a classificação da OMS. A análise da situação por região mostrou que as regiões de Gabu, Bafata e Oio são as mais afectadas e a situação é considerada alarmante com prevalências globais respectivas de 30,2%, 32,3% e 35,4%. Por outro lado, o Sector Autónomo de Bissau aparece como a região menos afetada pelo atraso no crescimento, com uma prevalência de 16%, o que pode ser descrito como baixa prevalência correspondente a uma situação "aceitável".

A prevalência nacional de insuficiência ponderal é de 17% [15,4-18,7]. Esta prevalência é característica de uma situação de precariedade do país. A análise da prevalência regional mostrou que todas as regiões estão em estado de precariedade exceto Bafata e Oio, que já atingiram um nível alarmante com respectivas prevalências globais de 23,7% e 25,4 %.

A avaliação do estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos não grávidas pelo IMC revelou que as regiões de Gabú (17,6%), Bafatá (15,3%) e Oio (16,8%), são as mais afectadas pela magreza total (IMC <18,5). No entanto, contrapondo esta situação o excesso de peso vem aumentando em todas as regiões particularmente em Bolama (20%), Cacheu (20%) e em Bissau (33,6%). O Sector Autónomo de Bissau é particularmente afetado pela obesidade (12,5%).

A proporção do início precoce da amamentação variou de 63,9% para Gabu e 89,1% em Tombali. O aleitamento materno exclusivo foi praticado em 67,2% das crianças da nossa amostra. A continuação da amamentação até a idade de um ano foi praticada em 95,2% das crianças de 0 a 23 meses entrevistadas. Em 61% das crianças da nossa amostra praticou-se a introdução de alimentos sólidos, semissólido ou macio a partir dos 6 meses de idade.

A cobertura de vacinação contra o sarampo atingiu a meta de 80% em todas as regiões excepto Oio (70%). As coberturas de suplementação de vitamina A e de desparasitação atingiram a meta de 90% na maioria das regiões Oio, Biombo, Bafatá e Bissau.

Tendo em vista os principais resultados supra mencionados, foram formuladas as seguintes conclusões e recomendações :

Este inquérito permitiu ter uma imagem da situação nutricional a nível nacional e nas diferentes regiões do país. Os resultados do inquérito revelaram a precariedade do país no plano nutricional. Permitiram igualmente evidenciar o fenómeno de transição nutricional que se traduz no duplo fardo da subnutrição e sobrenutrição (sobrepeso e obesidade) especialmente visíveis nas mulheres em idade fértil (15 a 49 anos).

- Fortalecer a gestão da desnutrição aguda através da abertura de mais centros de recuperação (CRENI e CRENAM) para aumentar a cobertura geográfica ;
- Estabelecer ou fortalecer o sistema de triagem ativa (screening na Comunidade) e o encaminhamento de casos de desnutrição aguda (moderada e grave) para os centros nutricionais ;
- Reforçar o sistema de rastreio passivo a nível da saúde através da formação e sensibilização de profissionais de saúde sobre o diagnóstico de casos de desnutrição aguda e rede de tratamento;
- Continuar as intervenções em curso, reforçando os aspectos positivos e melhorando os pontos fracos ;
- Reforçar a vigilância nutricional nacional conduzindo uma pesquisa nutricional anual ou, no mínimo, a cada dois anos;
- Fortalecer a comunicação de uma mudança no comportamento das comunidades, principalmente nas regiões precárias;
- Desenvolver e implementar um plano estratégico para a melhoria da alimentação de lactentes e crianças pequenas ;
- Elaborar um plano para combater o excesso de peso e obesidade ;
- Reforçar as medidas de promoção universal iodação do sal a nível de todas as regiões, especialmente nas zonas costeiras, onde as populações fazem a extração tradicional de sal, e no SAB.

Contexto e justificação

Limitada a Norte pelo Senegal, a Sul e a Este pela Guiné-Conacri e a Oeste pelo oceano Atlântico, a Guiné-Bissau cobre uma superfície de 36 125 km², da qual 14 200 km² de terras propícias à prática agrícola. O território é plano, exceto na parte nordeste, onde algumas extensões do Fouta Djallon chegam a uma altitude que varia entre 100 e 200 metros. [1]. Os principais rios (Cacheu, Mansoa, Geba, Corubal, Rio Grande de Buba e Cacine) são navegáveis por pequenas embarcações. O clima é tropical e é dividido em duas estações: a estação das chuvas que vai de maio a outubro e a estação seca que vai de novembro a abril [2].

Em 1997, a Guiné-Bissau entrou para a União Económica e Monetária da África Ocidental (UEMOA) e substituiu sua moeda local (Pesos) pelo Franco CFA. Mas a guerra civil de 1998 e sucessivas crises políticas e militares afetaram negativamente as atividades económicas do país [3].

O país é o sexto maior produtor de caju do mundo e tem importantes reservas de fosfatos, bauxite, argila, granito e madeira, bem como reservas de petróleo. Mas apesar de todo o seu potencial, a Guiné-Bissau faz parte dos países mais pobres do mundo. O país vive uma situação de pós-conflito e de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-PNUD, 2011), está classificada em 176 lugar em 185 países [4]. A maioria dos principais indicadores sociais e de saúde refletem a existência de pobreza generalizada e o subdesenvolvimento do país.

De acordo com o Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH 2009), a Guiné-Bissau tem uma população de 1 520 830 [5]. A população é predominantemente agrícola e abrange aproximadamente 82% da população ativa do país. Indústria, comércio e serviços, por sua vez, são apenas 18% da força de trabalho. A participação de todos os sectores na composição do PIB é diferente: a agricultura contribui para 62% do PIB, enquanto indústria e serviços contribuem 12% e 26%, respectivamente.

Desde 1998, sucessivas crises políticas e militares resultaram numa redução significativa da produção agrícola e numa baixa disponibilidade de alimentos a nível doméstico. Entre 2007 e 2008, o sector primário da economia guineense (agricultura) sofreu uma diminuição de 2,5% e 2,3%, respectivamente. Essa deterioração deveu-se à diminuição da produção de produtos como castanha de caju e cereais.

O contexto económico do país, as sucessivas crises políticas e militares desde 1998, a preocupante situação de insegurança alimentar e a qualidade dos serviços de saúde têm sido preocupantes há vários anos. Além disso, outros fatores estruturais e conjunturais se combinam de maneiras diferentes para criar uma situação nutricional complexa e precária.

Embora a Guiné-Bissau tenha feito alguns progressos para alcançar os ODM, a situação nutricional da população, nomeadamente de crianças menores de cinco anos e mulheres, permanece preocupante.

Existem flutuações sazonais do estado nutricional com uma deterioração do estado nutricional da população durante o período de julho a novembro (situação de défice alimentar).

Os resultados do inquérito MICS 2006 revelaram uma prevalência de desnutrição aguda global de 7,2%. A prevalência de baixo peso foi de 19,4%, enquanto a desnutrição crónica afeta 41% das crianças de menos de 5 anos [6].

A Guiné-Bissau realizou o seu primeiro inquérito SMART em 2008. Esta investigação demonstrou, de acordo com os padrões da OMS 2006, uma prevalência de desnutrição aguda global de 5,6%. A prevalência de desnutrição crónica 28% e de baixo peso foi de 17,2% [7].

O *Inquérito Sobre a Vulnerabilidade e Segurança Alimentar*, realizado pelo PAM em 2010, demonstrou que a situação alimentar das famílias rurais em geral era muito precária. Os resultados desta pesquisa mostraram que 20% das famílias rurais são altamente vulneráveis e estão expostas à insegurança alimentar. No que diz respeito à insegurança alimentar grave, a proporção de famílias atingidas é maior nas regiões de Quinara (28%), Bolama (21%) e Oio (11%) e Biombo (11%). Estas áreas têm taxas de insegurança alimentar grave acima da média nacional, que é de 8%. As regiões de Tombali (4%), Gabú e Bafatá (3%) têm as taxas mais baixas de insegurança alimentar grave [8].

Em 2010, o inquérito MICS III revelou que 6% das crianças de menos de 5 anos sofrem de desnutrição aguda global, 32% de desnutrição crónica e 18% de baixo peso. Estes resultados estão relativamente próximos dos do inquérito SMART de 2008 [7].

Na Guiné-Bissau, a taxa de iniciação precoce ao aleitamento materno aumentou, passando de 22,6% em 2006 para 54,6% em 2010. A taxa de aleitamento materno exclusivo até aos seis meses foi de 38% em 2010 contra 16% em 2006, e 44% dos bebés amamentados receberam alimentação complementar na faixa etária dos 6-8 meses. Os resultados das práticas de alimentação dos bebés e das crianças pequenas melhoraram, portanto, no decorrer dos últimos anos apesar de progressos deverem ainda ser efetuados. [9].

Em novembro 2012, a Direção de Serviço de Alimentação, Nutrição e Sobrevivência da Criança (DSANSC) do Ministério da Saúde, com o apoio do UNICEF e em colaboração com os seus outros parceiros, julgaram oportuno e pertinente a realização de um segundo inquérito nutricional baseado na metodologia SMART. Isso permitirá avaliar o estado nutricional de crianças menores de cinco anos com vista a orientar estratégias e intervenções apropriadas para a redução da desnutrição, e contribuirá para a redução da mortalidade infantil.

Objetivo geral

Avaliar a situação nutricional de crianças dos 0 aos 59 meses e mulheres dos 15 aos 49 anos na Guiné-Bissau a fim de contribuir para uma melhor gestão dos problemas nutricionais.

Objetivos específicos

São decorrentes do objetivo principal os seguintes objetivos específicos:

- Estimar a prevalência da desnutrição aguda (global, moderada e grave) em crianças dos 6 aos 59 meses;
- Estimar a prevalência da desnutrição crónica e insuficiência ponderal (global, moderada e grave) em crianças dos 0 aos 59 meses;
- Estimar a cobertura da suplementação de vitamina A em crianças dos 6 aos 59 meses;
- Estimar a cobertura de vacinação contra o sarampo em crianças dos 9 aos 59 meses;
- Estimar a proporção de crianças desparasitadas (12 – 59 meses) nos últimos 6 meses;
- Avaliar as práticas alimentares em crianças dos 0 aos 23 meses (práticas de amamentação e de alimentação complementar);

Estimar a prevalência da desnutrição aguda (PB <221mm), crónica (altura <145cm) e da deficiência energética (IMC <18,5) em mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos).

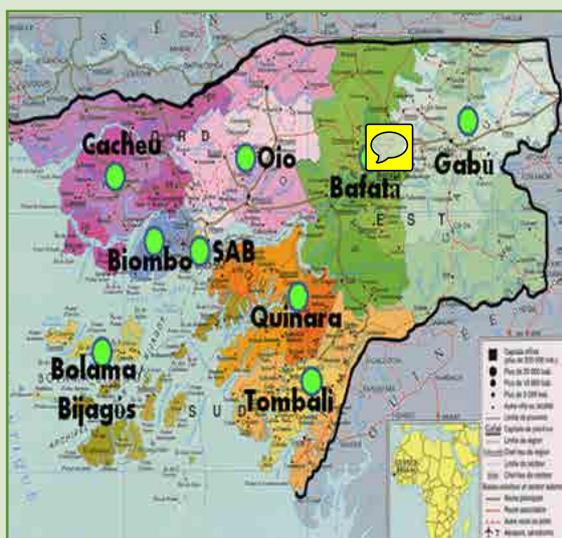


Metodologia

1. Zona do inquérito

O inquérito foi realizado em todo o território nacional utilizando como estrato as Regiões e o Sector Autónomo de Bissau. Os estratos tiveram a mesma representatividade dos inquéritos MICS a fim de facilitar a comparação dos resultados.

Figura 1 : Mapa da República da Guiné-Bissau e a lista dos estratos (Regiões) com número da população [5].



Estado (Região)	População (RGPH 2009)
Tombali	94939
Quinara	63 610
Oio	224 644
Biombo	97 120
Bolama/Bijagós	34 563
Bafatá	210 007
Gabú	215 530
Cacheu	192 508
SAB	387 909
Guiné-Bissau	1 520 830

2. Tipo de inquérito e população alvo

O inquérito foi realizado seguindo a metodologia SMART (*Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions* - Monitoria e Avaliação Padronizados em situações de Alívio e Transições), uma metodologia de pesquisa rápida, padronizada e simplificada com introdução diária dos dados antropométricos com o objetivo de melhorar a qualidade dos dados.

Trata-se de um inquérito transversal em distrito com dois estágios, com uma coleta de dados de antropometria e um questionário. A população-alvo para a pesquisa de nutrição e antropometria são as crianças de 0 a 59 meses de idade e as mulheres de 15 a 49 anos. Estes dois grupos representam a parcela mais vulnerável da população.

3. Amostragem

O tamanho da amostra de cada estrato foi determinado utilizando programa ENA (Versão Delta Julho 2012) [10]. A tabela 1 abaixo apresenta o tamanho da amostra calculada para cada região.

Tabela 1: Parâmetros utilizados nos cálculos do tamanho da amostra por estrato (região)

Estratos (Regiões)	% DA esperada (MICS 2010)	Precisão desejada	Efeito de grappe	Tamanho médio dos agregados (MICS 2010)	% Crianças <5 anos (MICS 2010)	Taxa de não resposta	Tamanho da amostra em número de crianças	Tamanho da amostra em número de agregados
Tombali	4.5	2.4	1.5	7.7	16.0	10	468	469
Quinara	6.6	2.5	1.5	7.7	16.0	10	530	532
Oio	8.0	2.9	1.5	7.7	16.0	10	549	550
Biombo	3.9	2.2	1.5	7.7	16.0	10	486	487
Bolama Bijagós	3.9	2.2	1.5	7.7	16.0	10	486	487
Bafatá	5.4	2.5	1.5	7.7	16.0	10	513	514
Gabú	6.0	2.6	1.5	7.7	16.0	10	523	524
Cacheu	6.4	2.7	1.5	7.7	16.0	10	515	517
SAB	5.0	2.3	1.5	7.7	16.0	10	563	564
Total							4633	4664

Tabela 2: Tamanho da amostra em nº de agregados familiares e nº de distritos por estrato, e o nº de dias da colecta dos dados por estrato (região)

Estratos (Regiões)	Número de agregados a inquirir	Número de agregados a inquirir por grappe	Número de <i>grappes</i>	Número de dias de coleta (duas equipas/estrato)
Tombali	469	18	26	13
Quinara	532	18	30	15
Oio	550	18	31	16
Biombo	487	18	27	14
Bolama Bijagós	487	18	27	14
Bafatá	514	18	29	15
Gabú	524	18	29	15
Cacheu	517	18	29	15
SAB	564	18	31	4*
Total	4664		259	121

* Todas as equipas trabalharam juntas durante 4 dias.

3.1 - Amostragem em primeiro grau: seleção de grappes

A técnica de amostragem em primeiro grau consistiu na determinação da lista dos distritos (grappes) a inquirir em cada uma das regiões. O sorteio foi realizado utilizando o ENA, de forma independente para cada uma das regiões e proporcional ao tamanho da população dos diferentes distritos de recenseamento (DR). Conforme as regiões, o número de grappes variou entre 26 e 31.

A base de pesquisa utilizada constou da lista dos distritos de recenseamento (DR) ou áreas de enumeração do Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH) de 2009, que é a base de pesquisa mais recente e mais fiável e que também serviu para a amostragem do inquérito MICS 2010. Esta base de dados consiste de uma lista dos DR por estrato (região), com os nomes das diferentes localidades, o tamanho da população (em número de habitantes) e no número de agregados por DR e pelas localidades constituintes do DR (nas zonas rurais).

3.2 - Técnica de Amostragem em segundo grau: seleção de agregado familiar

A seleção dos agregados familiares em segundo grau foi feita utilizando um método aleatório sistemático, com aplicação de um passo de sondagem (P). O passo de sondagem é o número de agregados que separam 2 agregados consecutivos selecionados. O passo de sondagem de cada DR/grappe foi calculado dividindo o número total de agregados (N) pelo número de agregados a inquirir no DR/grappe (18 famílias para todas as regiões). O número resultante (P) desta operação é o passo de sondagem que permitiu selecionar os agregados da amostra. A abordagem é a seguinte:

- 1- Chegando ao DR/grappe, os chefes de equipa calcularam o passo de sondagem (P). Os inquiridores tinham o número estimado da população do DR/grappe utilizado para a seleção dos grappes com o número aproximado de agregados.
- 2- O chefe de equipa desenhou um mapa simplificado do distrito com pontos de sinalização específica (exemplo: campos, mercado, Mesquita ou a Igreja, pontes, estradas, rios, concessões ou níveis de casa etc.) para os limites.
- 3- A partir deste reconhecimento, os inquiridores estabeleceram um percurso que permitiu percorrer todo o grappe começando pelo agregado situado no extremo norte dirigindo-se para o extremo sul, fazendo zig-zag de Este para Oeste (ou de Oeste para Este).
- 4- Os chefes de equipa escolheram à sorte – na tabela de números aleatórios – um número aleatório (a) compreendido entre 1 e o passo de sondagem (P). O agregado que tinha esse número (a) foi o primeiro agregado a ser inquirido. Todos os agregados foram enumerados com giz branco ou colorido.
- 5- A escolha do agregado seguinte a ser inquirido foi feita adicionando ao número (a) o passo de sondagem (P) e assim sucessivamente (até ao agregado 18).

Se houvesse dois ou mais agregados numa casa selecionada pelo passo de sondagem, os chefes de equipa enumeraram os diferentes agregados da casa no sentido horário, para poder determinar qual o agregado a inquirir.

Definição de agregado: aqui definimos o agregado como uma pessoa ou grupo de pessoas, familiares ou não, que vivem juntas sob um mesmo teto, comem juntas (prato da mesma marmita) e reconhecem a autoridade de uma pessoa, que é o chefe de família.

Nos agregados, todas as crianças de 0 a 59 meses foram inquiridas. As crianças ausentes mas que preenchem os critérios de inclusão constam do questionário antropométrico. As equipas regressaram aos agregados, no fim do dia de trabalho, para coletar as medidas antropométricas dessas crianças. As crianças que continuaram ausentes não foram substituídas.

Os inquiridores regressaram aos agregados cujos ocupantes estavam ausentes, antes do fim do dia de trabalho. Quando os ocupantes dos agregados continuavam ausentes, as crianças de 0 a 59 meses e as mulheres elegíveis foram registadas como ausentes.

Crianças hospitalizadas no momento do inquérito foram medidas ao fim do dia de trabalho, no local da hospitalização. Crianças deficientes foram incluídas no inquérito sendo coletados os seguintes dados: idade, sexo, peso, tamanho, perímetro braquial e edemas bilaterais. Se a deficiência física não permitiu medir a estatura ou o perímetro braquial, estes dados foram considerados ausentes.

4 - Variáveis coletadas

A colecta dos dados incidiu sobre as seguintes variáveis:

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

Idade: A data de nascimento foi verificada num documento oficial (registo de nascimento, cartão de saúde). Entretanto, na ausência de um documento oficial, os inquiridores estimaram a idade das crianças com a ajuda dos familiares, referindo-se a idade de uma criança, cuja idade era conhecida (e confirmada pelo calendário de eventos), ou através dos calendários de eventos elaborados para o presente inquérito.

Peso: As crianças foram pesadas completamente nuas, numa balança electrónica mãe-bebé SECA, com a exatidão de 100 gramas. Para cada grappe, antes do início das medidas, as balanças foram verificadas e calibradas utilizando um peso padrão. As equipas receberam pilhas de reserva. As crianças que não puderam manter-se em pé na balança foram pesadas nos braços das suas mães (ou nos braços dos assistentes) e as crianças maiores foram pesadas de pé sobre a balança. As mães/mulheres foram pesadas vestidas mas com o mínimo de roupas possível.

Estatura: A estatura de todas as crianças foi medida por um antropómetro graduado em centímetros, com uma precisão de 0,1 cm, excepto as crianças que apresentaram deficiência nos membros inferiores. Crianças de menos de 87 cm foram medidas deitadas (comprimento). Crianças com 87 cm ou mais foram medidas de pé (altura). Um bastão de madeira de 110 cm foi utilizado todas as manhãs para calibrar o antropómetro. Todas as mulheres incluídas no inquérito foram medidas em pé com um antropómetro para adultos.

Perímetro Braquial (PB): O perímetro braquial foi medido a todas as crianças dos 6 aos 59 meses, assim como às mulheres dos 15 aos 49 meses. Esta medida foi feita com uma fita (MUAC) graduada em milímetros com uma precisão de um milímetro. Fitas PB foram padronizadas a cada manhã de coleta usando tubos de PVC e trocadas a cada 2-3 dias.

Edemas: Apenas edemas bilaterais são considerados como um problema nutricional. A presença de edema foi avaliada exercendo uma pressão de três segundos no peito dos dois pés das crianças. A permanência de uma depressão nos lugares pressionados nos dois pés indica a presença de edema bilateral.

Suplementação de vitamina A, vacinação contra o sarampo e desparasitação: Foram feitas perguntas para verificar se as crianças receberam suplementação de vitamina A, se foram desparasitadas nos últimos seis meses que antecederam o inquérito e se foram vacinadas contra o sarampo. As respostas foram codificadas mediante a apresentação do cartão de saúde ou informação do responsável pela criança (Sim com cartão = 1, Sim sem cartão de saúde = 2, Não = 3, Não sei = 8).

Alimentação do Lactente e da Criança Pequena (ALCP): As perguntas sobre a ALCP referiram-se à amamentação, ao tempo decorrido entre o parto e a 1ª mamada, ao tempo de amamentação para as crianças desmamadas, à utilização do biberão, e ao consumo alimentar e/ou de outros líquidos diferentes do leite materno nas 24 horas que precederam ao inquérito.

Teste do teor de iodo no sal: um teste rápido do teor de iodo no sal foi realizado pelos inquiridores em todos os agregados selecionados no inquérito.

1. Material :

- 1 caixa com:
 - 2 frascos com solução, com tampa branca,
 - 1 frasco com solução de controlo, com tampa vermelha.

Kit de teste rápido do teor de iodo no sal



2. Procedimento:

- Retirar uma amostra de sal, do tamanho de uma colher de café;
- Colocar metade da amostra de sal numa superfície limpa e plana;
- Abrir um dos frascos de solução com tampa branca e furar com um alfinete ou agulha a tampinha interior se ele já não estiver aberto;
- Verter uma ou duas gotas desse frasco sobre a amostra de sal, exercendo uma ligeira pressão sobre o frasco;
- Se a amostra de sal mudar de cor, ele é considerado iodado;
- Se depois de um minuto a amostra de sal não mudar de cor, tomar a outra metade da mesma amostra de sal e adicionar uma ou duas gotas da solução controlada contida no frasco de tampa vermelha (perfurar a tampa primeiro);
- Adicionar à mesma amostra de sal uma ou duas gotas da solução do frasco de tampa branca;
- Se desta vez a amostra de sal mudar de cor, ele é considerado iodado;
- Se pelo contrário, a amostra de sal permanecer branca ou não mudar de cor em cerca de um minuto, ele é considerado como não iodado.

Tabela 3: Código dos resultados do teste rápido de iodação do sal

Resultados do teste	Roxo escuro	Roxo claro	Sem coloração	Teste não efetuado
Código	1	2	3	8

5 - Diferentes fases do inquérito**5.1 - Fase preparatória**

Esta fase caracterizou-se por:

- Elaboração e adoção de documentos técnicos do inquérito (protocolo, questionários, manuais de formação dos inquiridores e dos chefes de equipa, instrumentos de coleta, etc.);
- Escolha da amostra (plano de sondagem, constituição da base de sondagem, escolha da amostra em primeiro grau);
- planificação de um plano de coleta do ponto de vista temporal e espacial;
- elaboração do plano de produção das tabelas;
- Sensibilização e contatos administrativos no terreno;
- mobilização dos recursos necessários: recursos materiais, humanos e financeiros;
- Impressão e multiplicação dos documentos/instrumentos necessários ao inquérito.

5.2 - Formação dos Inquiridores e dos Supervisores

Os inquiridores foram treinados ou reciclados antes do início do inquérito. A formação teve a duração total de 6 dias. Esta formação foi feita por um consultor internacional em colaboração com a consultora nacional, e pela nutricionista, especialista em SMART, do Escritório Regional do UNICEF em Dakar. Os formadores tiveram o apoio logístico dos membros da equipa de coordenação (DSANSC, UNICEF, PAM, OMS, FAO, PLAN, INE, INASA).

Participaram cinquenta e três formandos, dos quais 40 eram candidatos aos postos de inquiridores e supervisores, 11 eram Pontos Focais de Nutrição do Ministério da Saúde Pública, 1 funcionário do PAM e um funcionário do PLAN.

Os três primeiros dias foram dedicados a todos os que participaram (Pontos Focais de Nutrição, supervisores, chefes da equipa e medidores). Os temas abordados nestes três dias foram: a metodologia do inquérito (amostragem, sondagem em grappe, seleção dos agregados e das pessoas a inquirir), técnicas de medidas antropométricas, utilização do calendário de eventos, os questionários de coleta dos dados, a padronização dos instrumentos antropométricos. A teoria foi complementada com exercícios práticos individuais e em grupo. Os resultados dos pré-teste e pós-teste aplicados no início e no fim desta primeira parte da formação permitiram identificar os potenciais candidatos aos postos de chefe de equipa e de supervisor.

O 4º dia foi consagrado somente aos chefes de equipa e supervisores. Estes foram formados sobre utilização do programa ENA (introdução, análise da qualidade dos dados) e nos procedimentos de registo e armazenamento dos ficheiros.

No final deste 4º dia da formação, uma prova escrita foi novamente realizada para selecionar as melhores 12 pessoas que posteriormente iriam ocupar as funções de supervisores e chefes de equipa.

No 5º dia realizou-se o teste de padronização para os candidatos ao posto de medidores.

No 6º dia de formação realizou-se um pré-inquérito.

Teste de padronização

Foi organizado um teste de padronização dos medidores segundo a metodologia SMART. Este teste foi conduzido pelo Comité Técnico de Coordenação, apoiando os formadores.

Os participantes foram divididos em dois grupos, um de 14 pessoas e outro de 12 pessoas, que formaram 7 pares no primeiro grupo e seis pares no segundo grupo. As medidas de referência para o primeiro grupo foram tiradas pelo consultor internacional e as medidas de referência para o segundo grupo foram tiradas pela nutricionista especialista em SMART do escritório regional do UNICEF para a África Ocidental e Central.

Cada participante mediu por duas vezes: o peso, a altura e o perímetro braquial de 10 crianças. Estas medidas foram analisadas pelo programa ENA. A precisão e exatidão de cada inquiridor foram avaliadas tendo por base os resultados obtidos. Estes resultados permitiram aos formadores não só selecionar os melhores medidores mas também classificá-los em medidor principal e medidor assistente.

Pré-inquérito

O pré-inquérito realizou-se em Bissau, no 6º dia de formação, num bairro que não fazia parte do conjunto de grappes selecionados para este inquérito. Isso permitiu aos inquiridores testar os instrumentos de coleta segundo os procedimentos que constam do Manual do Inquiridor. Uma reunião plenária no final do pré-inquérito permitiu discutir as dificuldades enfrentadas pelos inquiridores e fazer melhorias nos instrumentos de coleta.

Seleção Final dos Inquiridores

No final da formação 28 pessoas (16 medidores, 8 chefes de equipa e 4 supervisores) foram escolhidas para realizar a coleta de dados no terreno. A seleção final dos inquiridores baseou-se nos resultados combinados da prova escrita, do teste de padronização e do pré-inquérito. A constituição e a distribuição das equipas também teve em conta as línguas faladas nas diferentes regiões.

5.3 - Coleta de Dados no Terreno

A fim de assegurar o bom desenrolar do inquérito no terreno e uma boa colaboração da população, o Ministério da Saúde, através da Direção de Alimentação, Nutrição e Sobrevivência da Criança, informou as autoridades político-administrativas do Inquérito.

A coleta de dados foi realizada por 8 equipas compostas por 3 pessoas cada : um medidor, um medidor assistente e um chefe de equipa.

Foram distribuídas duas equipas por estrato (região) a fim de trabalharem sob a direção de um supervisor, com exceção dos quatro primeiros dias do inquérito em que todas as equipas estiveram juntas no SAB. Cada equipa inquiriu um grappe por dia.

Plano de colocação das equipas no terreno

1. Todas as equipas estiveram juntas em Bissau (SAB) durante 4 dias (13-17 novembro). Isto permitiu controlar a qualidade do trabalho das equipas e supervisores no terreno, rever todas as noites a qualidade dos dados de todas as equipas, como introduziam os dados e corrigir imediatamente os erros/problemas antes da colocação das equipas nas regiões..
2. Equipas em duplas nas regiões:

Tabela 4: Plano de colocação das equipas no terreno durante a coleta dos dados

Estratos	Nº de agregados por estrato	Nº de agregados por <i>grappe</i>	Nº de <i>grappe</i>	Nº de dias de coleta (2 equipas/estrato)
Tombali	469	18	26	28 dias
Quinara	532	18	30	
Cacheu	517	18	29	30 dias
Oio	550	18	31	
Biombo	487	18	27	27 dias
Bolama-Bijagós	487	18	27	
Bafatá	514	18	29	30 dias
Gabú	524	18	29	
SAB	564	18	31	4 dias (todas as equipas)

As funções/responsabilidades de cada membro da equipa foram claramente estabelecidas:

- **Chefe da Equipa** : Tinha sob sua responsabilidade uma equipa.

As suas funções foram:

- Guiar a sua equipa no terreno
- Apresentar os objetivos do inquérito às autoridades locais e às famílias a inquirir
- Zelar pelo respeito da metodologia do inquérito (seleção dos agregados a inquirir)
- Verificar as técnicas de tomada das medidas antropométricas
- Preencher os questionários
- Introduzir diariamente os dados antropométricos no ENA
- Analisar diariamente a qualidade dos dados coletados
- Salvar os dados coletados de acordo com os procedimentos e submetê-los ao supervisor e consultores (equipa de coordenação técnica)
- notificar o supervisor das dificuldades encontradas na coleta, nas operações de controlo ou no quotidiano das equipas
- Zelar pelo material do inquérito.

- **Medidores** : Dois por equipa. Um foi o medidor principal e o outro assistente de medidor. Foram responsáveis pelas medidas antropométricas.

- **Supervisão** : A supervisão das equipas foi assegurada a todo instante pelos supervisores. Em número de 4, os supervisores deslocaram-se pelo terreno na razão de um para duas equipas. O bom desenrolar do inquérito foi monitorizado pela equipa de coordenação técnica. Os supervisores verificaram a cada tarde a qualidade dos dados coletados pelas equipas e asseguraram o seu envio aos consultores.

6 - Tratamento informático e redação do relatório

- A primeira introdução dos dados antropométricos das crianças de 0 a 59 meses realizou-se diariamente no terreno pelos chefes de equipa.
- A dupla introdução incluindo todos os dados (antropometria das crianças de 0 a 59 meses, dados das mulheres de 15 a 49 anos, e dados sobre o ALCP) foi organizada após o regresso a Bissau de todas as equipas e a recolha dos dados coletados. Os bancos de dados foram corrigidos, verificados e compilados para a produção de resultados por estrato (região) e a nível nacional.
- Os dados antropométricos foram analisados e comparados com valores de referência internacionais OMS 2006.
- O relatório consiste em textos, tabelas e gráficos baseados nos resultados e nos comentários e recomendações subsequentes.

Os indicadores antropométricos utilizados para este efeito são apresentados nas tabelas abaixo [11].

Tabela 5: Indicadores nutricionais utilizados para avaliação do estado nutricional das crianças de 0 a 59 meses

	Desnutrição Aguda	Desnutrição Crónica	Insuficiência Ponderal
Grave	P/A <-3 DP e/ou edema bilateral	A/I <-3 DP	P/I <-3 DP
Moderada	-3 DP ≤ P/A <-2 DP	-3 DP ≤ A/I <-2 DP	-3 DP ≤ P/I <-2 DP
Total (moderada e grave)	P/A <-2 DP e/ou edema bilateral	A/I <-2 DP	P/I <-2 DP

Tabela 6: Limites do Perímetro Braquial para crianças de 6 a 59 meses segundo os padrões OMS 2006

Valores de PB	Significado Nutricional
PB <115 mm e/ou edema bilateral	Desnutrição grave
115 mm ≤ PB < 125 mm	Desnutrição moderada
PB <125 mm e/ou edema bilateral	Desnutrição global

A tabela abaixo apresenta os critérios de avaliação do estado nutricional estabelecidos pela OMS em 2000[12].

Tabela 7: Classificação da situação nutricional, OMS2000

Prevalência	Desnutrição Aguda	Desnutrição Crónica	Insuficiência Ponderal
Baixa (aceitável)	< 5 %	< 20 %	< 10 %
Moderada (precária)	5 à 9 %	20 à 29 %	10 à 19 %
Alta (grave)	10 à 14 %	30 à 39 %	20 à 29 %
Muito Alta (crítica)	15 % e +	40% e +	30% e +

Índice de Massa Corporal (IMC)

O Índice de Massa Corporal avalia a proporção entre o peso do indivíduo e a sua altura e classifica o seu estado nutricional.

A Organização Mundial de Saúde definiu o Índice de Massa Corporal como padrão para avaliar os riscos associados com o excesso de peso. Definiu também os intervalos padrão (baixo IMC, normal, sobrepeso, obesidade) com base na relação encontrada estatisticamente entre IMC e taxa de mortalidade. Este índice é calculado com base na altura e peso, usando a seguinte fórmula : $IMC = \text{Peso (kg)} / [\text{Altura (m)} * \text{Altura (m)}]$.

Tabela 8: Pontos de corte para interpretação do IMC em mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) não gestantes

IMC (kg.m ²)	Interpretação
IMC < 16,5	Emagrecimento grave
16,5 ≤ IMC < 18,5	Baixo Peso
18,5 ≤ IMC < 25,0	Normal (adequado ou eutrófico)
25,0 ≤ IMC < 30,0	Sobrepeso
30,0 ≤ IMC < 40,0	Obesidade (grau 1 e grau 2)

Indicadores de Alimentação do Lactente e da Criança Pequena (ALCP)

Os indicadores da amamentação e da alimentação complementar, assim como as fórmulas utilizadas para os calcular, estão detalhados abaixo [13]. Foram excluídos do denominador as crianças com dados ausentes.

- **Crianças amamentadas:** proporção de crianças nascidas nos últimos 24 meses e que foram amamentadas.
Crianças vivas nascidas nos últimos 24 meses e que foram amamentadas
Crianças vivas nascidas nos últimos 24 meses
- **Início precoce da amamentação:** proporção de crianças nascidas nos últimos 24 meses que foram colocadas na mama até uma hora após o nascimento.

Crianças nascidas nos últimos 24 meses colocadas na mama até uma hora após o nascimento

Crianças vivas nascidas nos últimos 24 meses

- **Amamentação exclusiva antes de 6 meses:** proporção de crianças com 0 a 5 meses que são alimentadas exclusivamente com leite materno.

Crianças de 0 a 5 meses exclusivamente amamentadas

Crianças de 0 a 5 meses

Crianças exclusivamente amamentadas são aquelas que continuam a ser amamentadas (pela mãe ou ama de leite) no momento do inquérito, e que não receberam, nas últimas 24 horas, nenhum líquido ou alimento da lista do questionário.

- **Continuação da amamentação com a idade de um ano:**
Crianças de 12 a 15 meses ainda amamentadas
Crianças de 12 a 15 meses
- **Alimentação com biberão:** Proporção de crianças de 0 a 23 meses alimentadas com biberão no dia anterior («ontem durante o dia ou a noite»).

Crianças de 0 a 23 meses que foram alimentadas pelo biberão no dia anterior

Crianças dos 0 aos 23 meses

- **Introdução de alimentos sólidos, semissólidos ou papas:** Proporção de crianças de 6 a 8 meses que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou macios entre crianças com idade entre 6 a 8 meses.

Crianças de 6 a 8 meses que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou macios no dia anterior

Crianças de 6 a 8 meses

- **Diversificação dietética mínima:** proporção de crianças com idades entre 6-23 meses que consumiram alimentos de pelo menos 4 grupos de alimentos distintos.

Os 7 grupos de alimentos utilizados para este indicador foram os seguintes:

- cereais, raízes e tubérculos
- leguminosas e nozes
- produtos lácteos (leite, iogurte, queijo)
- produtos cárneos (carnes, aves e miudezas) e peixe
- ovos
- frutas e legumes ricos em vitamina A
- outras frutas e legumes

Os resultados para esse indicador são registados separadamente, dependendo se as crianças são amamentadas ou não amamentadas.

- **Número mínimo de refeições:** proporção de crianças de 6 a 23 meses amamentadas que receberam alimento sólido, semissólido ou macio pelo menos o número mínimo de vezes. Este indicador é calculado a partir das seguintes duas frações :

Crianças amamentadas, de 6 a 23 meses, que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou macios pelo menos o nº mínimo de vezes no dia anterior

Crianças amamentadas, de 6 a 23 meses

E

Crianças não amamentadas, de 6 a 23 meses, que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou macios pelo menos o nº mínimo de vezes no dia anterior

Crianças não amamentadas, 6 a 23 meses

O nº mínimo de refeições é definido da seguinte forma:

- 2 refeições, para crianças dos 6 aos 8 meses amamentadas
- 3 refeições, para crianças de 9 aos 23 meses amamentadas
- 4 refeições para crianças dos 6 aos 23 meses não amamentadas

A frequência de refeições para as crianças amamentadas refere-se apenas à ingestão de alimentos não-líquidos (sólido, semissólido ou mole). A papa é considerada como um alimento sólido, semissólido ou mole.

- **Ingestão mínima aceitável:** proporção de crianças com idades entre 6-23 meses, que receberam a ingestão de alimentos mínima aceitável (além do leite materno).

Este indicador é calculado a partir das duas frações seguintes:

Crianças amamentadas, com idades entre 6 a 23 meses, que recebem pelo menos diversificação dietética mínima e o número de refeições mínimo no dia anterior

Crianças amamentadas dos 6 aos 23 meses

E

Crianças não amamentadas, com idades entre 6 a 23 meses, que recebem pelo menos diversificação dietética mínima (além de laticínios) e o número de refeições mínima no dia anterior

Crianças não amamentadas, com idades entre 6 a 23 meses

O relatório foi formatado com WORD e EXCEL (para Windows – em francês; para Mac – em português).

7 - Considerações éticas

Em cada agregado, os inquiridores, após as saudações usuais, identificaram-se e explicaram de forma clara e breve o objectivo geral do inquérito e os procedimentos para a coleta de dados, a fim de obter o consentimento da família.

Todas as crianças desnutridas não inscritas num programa de nutrição detetadas durante o inquérito foram encaminhadas para um centro de tratamento nutricional. Durante o inquérito, as crianças com desnutrição aguda grave ($PB < 115$ mm e/ou presença de edema) e moderada ($115\text{mm} < PB < 125\text{mm}$) serão encaminhadas (referidas) para Centros de tratamento apropriados. Os Inquiridores preencheram uma ficha de referência em duas cópias (uma para a mãe da criança e outra para os responsáveis do inquérito), a fim de guardar as coordenadas da criança e verificar a sua admissão nos dias seguintes.

8 - Coordenação técnica do inquérito

A coordenação deste inquérito foi assegurada por uma equipa técnica constituída por representantes de: DSANSC, UNICEF, PAM, OMS, FAO, PLAN, INE e INASA.

Esta equipa seguiu todas as etapas do inquérito desde a planificação até a validação dos resultados e difusão do relatório final.

9 - Dificuldades e limites do Inquérito

A principal dificuldade encontrada pelas equipas está relacionada com a deslocação nas regiões de: Bolama/Bijagós, Tombali e Cacheu.

As limitações do inquérito encontraram-se ao nível dos seguintes pontos :

- O nº esperado de crianças de 6 a 59 meses na amostra do SAB, após terem sido inquiridos os 31 grappes, não foi alcançado. Por isso, os 4 grappes de reserva tiveram de ser inquiridos. Com isso aumentou-se o nº de crianças inquiridas, o que elevou para um nível aceitável de precisão os resultados antropométricos, permitindo assim uma tomada de decisão.
- As dificuldades de acesso a algumas ilhas na região de Bolama/Bijagós levaram a que todos os grappes fossem inquiridos, incluindo os de reserva. Apesar destas medidas, 3 grappes não puderam ser inquiridos num conjunto de 29 (integralidade de 90%) o que é, no entanto, aceitável para a representatividade da amostra.
- Um grappe não foi inquirido na região Oio e Tombali, onde a integralidade respectiva é de 97% e 96%.
- Tirando o SAB, Biombo e Bolama, o número de crianças de 6-59 meses incluídos na amostra atingiu ou excedeu os números previstos na planificação em todas as outras regiões.
- O número elevado de mulheres ausentes na região de Cacheu (25.8%) poderá levar à subestimação ou sobrestimação na avaliação do estado nutricional das mulheres nesta região.



Resultados

1- Descrição das amostras

A tabela 9 abaixo descreve as características da amostra das crianças de 0 a 59 meses e a das mulheres de 15 a 49 anos incluídas neste inquérito.

Tabela 9: Características das amostra das crianças de 0 a 59 meses e das mulheres de 15 aos 49 anos inquiridas, Guiné-Bissau novembro-dezembro 2012

Região	Nº de crianças de 0-59 meses	Nº de crianças de 0-59 meses	Média de crianças de 0-59 meses por agregado	Nº de crianças de 6 a 59 meses		Nº de crianças de 0 a 23 meses		Nº de mulheres dos 15 aos 49 anos	Média de mulheres dos 15 aos 49 anos por agregado
				n	%	n	%		
Tombali	450	572	1,3	485	84,8	278	48,6	542	1,2
Quinara	539	738	1,4	658	89,2	331	44,8	751	1,4
Oio	539	875	1,6	792	90,5	377	43,1	778	1,4
Biombo	486	495	1,0	431	87,1	223	45,1	582	1,2
Bolama-Bijagós	468	517	1,1	447	86,5	236	45,6	571	1,2
Bafatá	521	620	1,2	543	87,6	282	45,5	682	1,3
Cacheu	522	764	1,5	676	88,5	316	41,4	770	1,5
Gabú	515	525	1,0	465	88,6	205	39,0	570	1,1
Bissau	621	527	0,8	454	86,1	234	44,4	864	1,4
Ensemble	4 664	5 633	1,2	4 951	87,9	2 482	44,1	6 110	1,3

De um total de 4664 agregados incluídos no inquérito, 4124 tinham pelo menos uma mulher com idade entre 15 e 49 anos, uma proporção de 88,4%. O número médio de mulheres de 15 a 49 anos por agregado familiar varia entre 1,1 em Gabu e 1,5 em Cacheu, e a média nacional é de 1,3.

Amostra das crianças de 0 a 59 meses

Num total de 5633 crianças de 0 a 59 meses incluídas no inquérito, 4951 encontram-se na faixa etária dos 6 aos 59 meses numa proporção de 87,9%. O número de crianças de 0 a 23 meses é de 2482, correspondendo a 44,1% dos menores de 5 anos. 2799 das crianças são do sexo masculino enquanto 2822 são do sexo feminino, num rácio de 1,0. A média de crianças menores de 5 anos por agregado varia entre 0,8 em Bissau e 1,6 em Oio.

A tabela abaixo apresenta a distribuição por faixa etária e por sexo da amostra de crianças menores de 5 anos. Todas as faixas etárias estão representadas. Meninos e meninas estão representados na mesma proporção com um rácio de sexo global igual a 1,0.

Tabela 10: Distribuição por idade e sexo das crianças de 0 a 59 meses inquiridas, Guiné-Bissau novembro-dezembro 2012

Idade (meses)	Meninos		Meninas		Total		Rácio Meninos/Meninas
	n	%	n	%	n	%	
0-11	321	48,7	338	51,3	659	13,3	0,9
12-23	578	50,1	575	49,9	1 153	23,3	1,0
24-35	577	49,2	595	50,8	1 172	23,7	1,0
36-47	517	49,8	521	50,2	1 038	21,0	1,0
48-59	476	51,2	453	48,8	929	18,8	1,1
Total	2 469	49,9	2 482	50,1	4 951	100,0	1,0

2 - Qualidade dos dados

Tabela 11: Proporção de crianças de 6 a 59 meses cuja idade foi determinada com a data de nascimento, por região

Região	Crianças com a data de nascimento exata %
Tombali	86
Quinara	89
Oio	75
Biombo	77
Bolama-Bijagós	79
Bafatá	77
Cacheu	79
Gabú	69
Bissau	85

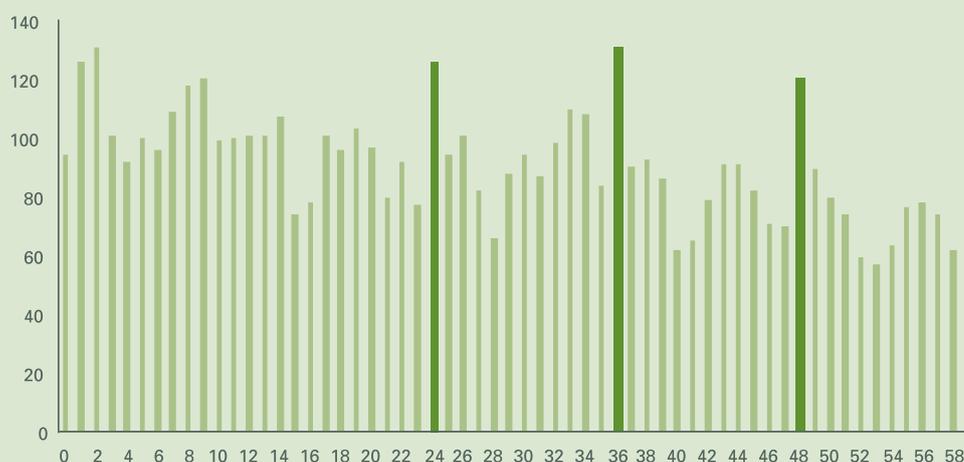
A proporção de crianças cuja data de nascimento é conhecida graças a um documento oficial é relativamente elevada. Com efeito, a percentagem de crianças inquiridas com uma data de nascimento é geralmente entre 30 a 50% nos países em vias de desenvolvimento.

A proporção da faixa dos 6-29 meses em relação à faixa de 30-59 meses é de 0,93, próximo de 1.0, como esperado para toda a amostra. Ela é cerca de 1,00 para todas as regiões, excepto para a região de Tombali, onde a proporção dos “6-29” meses é um pouco menor que a dos “30-59” meses (rácio de 1,16) e para as regiões de Gabu (0,75), Cacheu (0,87), Biombo e Oio (0,89) onde a proporção dos “30-59” meses é um pouco menor que a dos “6-29” meses.

Distribuição da idade (n=5438)

A distribuição da amostra segundo a idade em meses para as crianças dos 0 aos 59 meses para todas as regiões é mais ou menos homogénea. Observamos alguns picos a nível de 1 mês, 2 meses, 24 meses, 36 meses e 48 meses. A sobrerepresentatividade das crianças menores em relação às mais velhas está igualmente bem marcada.

Figura 2 : Distribuição da amostra das crianças de 0 a 59 meses segundo a idade em meses, Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012.



Dados ausentes e sinalizadores SMART

A proporção de dados ausentes ou aberrantes para o índice P/A encontra-se entre 0,2% e 0,9% para as todas regiões, com uma média nacional de 0,6%. A proporção de sinalizadores SMART encontra-se entre 0,6% e 1,5% para o índice P/I e entre 1,4 % e 3,4% para o índice A/I segundo as regiões.

Preferência decimal nas medidas (Peso, Altura e PB)

O score de preferência decimal para a medição do peso é “excelente” para todas as regiões, com exceção do SAB onde o score é “bom”. O score de preferência numérica para as medidas de altura é considerado “excelente” para as regiões de: Tombali, Quinara, Bafatá, Cacheu, e Gabú; é considerado “bom” para as regiões de Oio, Biombo e Bolama; e “aceitável” somente para Bissau. O score de preferência decimal para as medidas do perímetro braquial foi considerado “excelente” para todas as regiões.

Desvio-Padrão, Simetria e Nivelamento

Os Desvios-Padrão, após a exclusão dos sinalizadores SMART, estão dentro das normas (entre 0,8 e 1,2) em todas as regiões, para os índices Peso/Altura, Altura/Idade, Peso/Idade. Todas as distribuições do índice Peso-Altura são simétricas e o grau de nivelamento normal com um coeficiente inferior a 1 em valor absoluto para todas as regiões.

Tabela 12: Média z-scores \pm desvio padrão, efeito de grappe, número de z-score não disponíveis, números de z-score excluídos da análise (sinalizadores SMART para os estratos / sinalizadores OMS para todas as regiões), para cada índice nutricional (6-59 meses para o P/A e 0-59 meses para o A/I e o P/I) por região e para o país

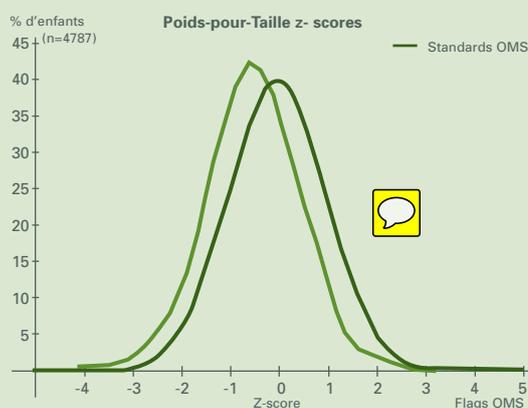
Região	Efetivos	Média z-score \pm DP	Efeito de grappe (z-score < -2)	z-scores não dispo.	z-scores excluídos (sinal)
Tombali					
Peso-Altura (P/A)	466	-0,36 \pm 0,91	1,00	15	4
Peso-Idade (P/I)	548	-0,99 \pm 0,97	1,22	16	8
Altura-Idade (A/I)	546	-1,38 \pm 1,02	1,90	16	10
Quinara					
Peso-Altura (P/A)	645	-0,49 \pm 0,93	1,38	9	4
Peso-Idade (P/I)	718	-1,06 \pm 0,94	1,00	9	11
Altura-Idade (A/I)	704	-1,41 \pm 1,00	1,28	9	25
Oio					
Peso-Altura (P/A)	738	-0,60 \pm 0,99	1,14	50	4
Peso-Idade (P/I)	807	-1,30 \pm 1,02	1,88	58	10
Altura-Idade (A/I)	792	-1,62 \pm 1,08	1,68	58	25
Biombo					
Peso-Altura (P/A)	427	-0,39 \pm 0,95	1,00	2	2
Peso-Idade (P/I)	488	-0,89 \pm 0,95	1,31	1	6
Altura-Idade (A/I)	483	-1,27 \pm 1,04	1,14	3	9
Bolama-Bijagós					
Peso-Altura (P/A)	439	-0,34 \pm 0,93	1,00	6	2
Peso-Idade (P/I)	500	-0,91 \pm 0,99	1,42	11	6
Altura-Idade (A/I)	498	-1,26 \pm 1,06	1,80	12	7
Bafatá					
Peso-Altura (P/A)	531	-0,69 \pm 0,96	1,00	8	4
Peso-Idade (P/I)	598	-1,22 \pm 1,04	1,41	13	9
Altura-Idade (A/I)	588	-1,49 \pm 1,11	1,92	13	19
Cacheu					
Peso-Altura (P/A)	610	-0,32 \pm 0,95	1,45	65	1
Peso-Idade (P/I)	683	-0,96 \pm 1,01	1,50	77	4
Altura-Idade (A/I)	671	-1,36 \pm 1,13	1,79	77	16
Gabú					
Peso-Altura (P/A)	463	-0,53 \pm 0,96	1,28	0	2
Peso-Idade (P/I)	518	-1,13 \pm 0,99	1,85	0	7
Altura-Idade (A/I)	509	-1,43 \pm 1,10	2,23	0	16
Bissau					
Peso-Altura (P/A)	446	-0,42 \pm 0,99	1,00	5	3
Peso-Idade (P/I)	517	-0,70 \pm 1,07	1,00	7	3
Altura-Idade (A/I)	511	-0,86 \pm 1,09	1,00	8	8
Total					
Peso-Altura (P/A)	4 787	-0,50 \pm 0,99	1,5	160	4
Peso-Idade (P/I)	5 438	-1,04 \pm 1,08	2,01	192	3
Altura-Idade (A/I)	5 431	-1,30 \pm 1,21	2,00	196	6

3 - Estado nutricional das crianças de 0 a 59 meses

3.1 - Desnutrição Aguda

A curva da figura 3 abaixo ilustra a distribuição do índice P/A em z-score da amostragem das crianças inquiridas (curva vermelha) em comparação com a da população de referência OMS 2006 (curva verde). A média do índice Peso/Altura é de -0,50 z-score para o total da amostra, com um desvio-padrão de 0,99 (o desvio-padrão deve estar entre 0,8 e 1,2 para refletir dados de boa qualidade). O pequeno deslocamento da curva vermelha para a esquerda traduz a diferença existente entre o estado nutricional (em termos de desnutrição aguda) das crianças inquiridas na Guiné-Bissau e o das crianças da população de referência (curva verde).

Figura 3 : Distribuição do índice P/A em z-score da amostra das crianças dos 6 aos 59 meses inquiridas na Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012, em comparação com a população de referência OMS 2006.



A tabela 13 apresenta a prevalência da desnutrição aguda (global, moderada e grave) por região e a nível nacional. Estas prevalências oscilam entre 3,1% para Cacheu e 9,8% para Bafatá, com uma média nacional de 6,2%.

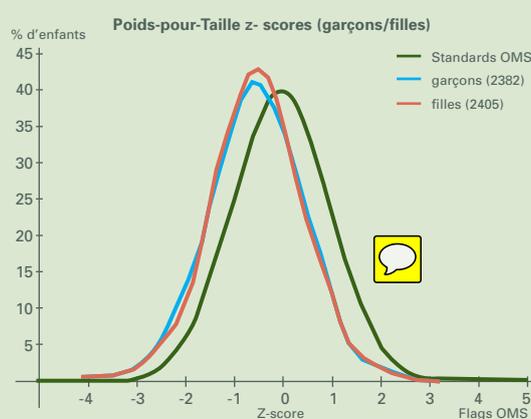
Tabela 13: Prevalência de desnutrição aguda global (P/A < -2 z-scores e/ou edema), moderada (-3 z-scores < P/A ≤ -2 z-scores) e grave (P/A < -3 z-scores e/ou edema) de acordo com os padrões OMS 2006 para crianças dos 6 aos 59 meses na Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Região	Desnutrição Aguda Global			Desnutrição Aguda Moderada		Desnutrição Aguda Grave		Edemas bilaterais	
	Efetivo	n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]	n	%
Tombali	466	17	3,6 [2,3-5,7]	15	3,2 [1,9-5,3]	2	0,4 [0,1-1,8]	0	0
Quinara	645	34	5,3 [3,5-7,8]	31	4,8 [3,2-7,2]	3	0,5 [0,2-1,4]	0	0
Oio	738	59	8,0 [6,1-10,5]	50	6,8 [5,0-9,1]	9	1,2 [0,7-2,2]	0	0
Biombo	427	15	3,5 [2,3-5,3]	11	2,6 [1,6-4,2]	4	0,9 [0,4-2,4]	0	0
Bolama-Bijagós	439	23	5,2 [3,6-7,7]	23	5,2 [3,6-7,7]	0	0,0 [0,0-0,0]	0	0
Bafatá	531	52	9,8 [7,6-12,5]	47	8,9 [7,1-11,0]	5	0,9 [0,3-2,8]	0	0
Cacheu	610	19	3,1 [1,8-5,4]	18	3,0 [1,6-5,3]	1	0,2 [0,0-1,3]	0	0
Gabú	463	27	5,8 [3,8-8,9]	26	5,6 [3,5-8,8]	1	0,2 [0,0-1,7]	0	0
Bissau	446	30	6,7 [4,7-9,6]	27	6,1 [4,3-8,5]	3	0,7 [0,2-2,1]	0	0
País	4 787	289	6,5 [5,5-7,4]	248	5,6 [4,8-6,4]	41	0,9 [0,5-1,2]	0	0

Prevalência da Desnutrição Aguda por Sexo

A figura 4, abaixo, representa a distribuição do índice P/A em z-score da amostragem das crianças de 6 a 59 meses segundo o sexo. A curva vermelha para os meninos e a curva azul para as meninas são comparadas com a distribuição do mesmo índice para a população de referência OMS 2006 (curva verde). Observamos nesta figura uma sobreposição das curvas vermelha e azul, e as duas deslocam-se nos mesmos limites em relação à curva de referência. Isto significa que a desnutrição aguda global afeta nas mesmas proporções os meninos e as meninas da Guiné-Bissau em geral.

Figura 4: Distribuição do índice P/A em z-score por sexo das crianças dos 6 aos 59 meses inquiridas na Guiné-Bissau, novembro–dezembro 2012, comparada à da população de referência OMS 2006.



A tabela 14, abaixo, apresenta a prevalência da desnutrição aguda (global e grave) segundo o sexo por região. A análise mostra que meninos e meninas são afetados nas mesmas proporções a nível de todas as regiões. As diferenças de proporções visíveis a nível das regiões de Oio e de Biombo podem dever-se às flutuações de amostragem, e como tal ser aleatórias ($p > 0.05$). No entanto, há uma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a prevalência nacional de desnutrição aguda para meninos e meninas. Na verdade, os meninos aparecem 1,3 vezes mais afectados pela desnutrição aguda do que meninas, a nível nacional.

Tableau 14: Prévalence de la malnutrition aiguë (globale et sévère) selon le sexe des enfants de 6 à 59 mois, Guinée-Bissau, novembre-décembre 2012

Région	Garçons					Filles				
	Effectif	MAG		MAS		Effectif	MAG		MAS	
		n	%	n	%		n	%	n	%
Tombali	238	7	2,9	2	0,8	228	10	4,4	0	0,0
Quinara	310	18	5,8	2	0,6	335	16	4,8	1	0,3
Oio	401	39	9,7	6	1,5	337	20	5,9	3	0,9
Biombo	202	9	4,5	3	1,5	225	6	2,7	1	0,4
Bolama-Bijagós	207	13	6,3	0	0,0	232	10	4,3	0	0,0
Bafatá	264	28	10,6	3	1,1	267	24	9,0	2	0,7
Cacheu	296	8	2,7	1	0,3	314	11	3,5	0	0,0
Gabú	234	12	5,1	0	0,0	229	15	6,6	1	0,4
Bissau	215	18	8,4	1	0,5	231	12	5,2	2	0,9
Ensemble	2 382	162	7,3	28	1,2	2 405	127	5,6	13	0,6

Prevalência da desnutrição Aguda por faixa etária e por região**Tabela 15: Prevalência da Desnutrição Aguda por faixa etária em crianças de 6 a 59 meses, e por região, Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012**

Região	Desnutrição Aguda Global (P/A < -2 z-scores e/ou edemas)		Estado nutricional normal (P/A > -2 z-scores)		Efetivo
	n	%	n	%	
Tombali					
6-24 meses	11	5,9	176	94,1	187
25-59 meses	7	2,5	269	97,5	276
Quinara					
6-24 meses	23	9,2	226	90,8	249
25-59 meses	12	3,1	380	96,9	392
Oio					
6-24 meses	36	12,8	245	87,2	281
25-59 meses	25	5,5	426	94,5	451
Biombo					
6-24 meses	9	5,6	153	94,4	162
25-59 meses	6	2,3	254	97,7	260
Bolama-Bijagós					
6-24 meses	14	8,3	155	91,7	169
25-59 meses	10	3,8	254	96,2	264
Bafatá					
6-24 meses	31	14,5	183	85,5	214
25-59 meses	23	7,4	288	92,6	311
Cacheu					
6-24 meses	8	3,9	198	96,1	206
25-59 meses	11	2,8	379	97,2	390
Gabú					
6-24 meses	12	7,8	142	92,2	154
25-59 meses	14	4,6	288	95,4	302
Bissau					
6-24 meses	11	6,4	160	93,6	171
25-59 meses	20	7,5	248	92,5	268
Total					
6-24 meses	161	8,6	1 712	91,4	1 873
25-59 meses	128	5,1	2 786	94,9	2 914

Prevalência da desnutrição aguda por faixa etária a nível nacional**Tabela 16: Prevalência da desnutrição aguda (moderada e grave) por faixa etária em crianças de 0 a 59 meses a nível nacional, Guiné-Bissau, novembro – dezembro de 2012**

Faixa etária	Efetivos	Desnutrição aguda grave (<-3 z-score) e /ou edema		Desnutrição aguda moderada (-3 ≤ z-score <-2)		Normal (≥ -2 z score)	
		n	%	n	%	n	%
6-11 meses	641	7	1,1	46	7,2	588	91,7
12-24 meses	1 232	20	1,6	88	7,1	1 124	91,2
25-35 meses	1 009	7	0,7	32	3,2	970	96,1
36-59 meses	1 905	7	0,4	82	4,3	1 816	95,3
Total	4 787	41	0,9	248	5,6	4 498	94,0

Prevalência da desnutrição aguda por Província

A tabela abaixo apresenta a prevalência da desnutrição aguda (global, moderada e grave) nas crianças de 6 a 59 meses por províncias (Leste, Norte, Sul e SAB). Estes resultados mostram que o Leste, que inclui as regiões de Bafatá e Gabú, é a província mais afetada pela desnutrição aguda (8,1%)..

Tabela 17: Prevalência da desnutrição aguda global (P/A < -2 z-score e/ou edema), moderada (-3 z-score ≤ P/A < -2 z-score) e grave (P/A < -3 z-score e/ou edema) segundo padrões OMS2006 em crianças de 6 a 59 meses por províncias da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Província	Effectif	Desnutrição Aguda Global		Desnutrição Aguda Moderada		Desnutrição Aguda Grave		Edemas Bilaterais	
		n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]	n	%
Norte	1 779	96	5,5 [4,3-6,7]	79	4,5 [3,4-5,7]	17	0,9 [0,5-1,4]	0	0
Leste	997	82	8,1 [6,2-9,9]	73	7,2 [5,6-8,8]	9	0,9 [0,1-1,6]	0	0
Sul	1 559	80	4,8 [3,7-5,9]	69	4,1 [3,1-5,1]	11	0,7 [0,3-1,1]	0	0
SAB	448	31	6,9 [4,5-9,4]	27	6,0 [4,1-8,0]	4	0,9 [0,1-1,7]	0	0

Prevalência Da Desnutrição Aguda Segundo O Perímetro Braquial**Tabela 18: Prevalência da Desnutrição aguda global (PB < 125 mm e/ou edema, moderada (115 mm ≤ PB < 125 mm) e grave (PB < 115 mm e/ou Edema) em crianças de 6 a 59 meses, por região da Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012**

Região	Efetivos	Desnutrição Aguda Global		Desnutrição Aguda Moderada		Desnutrição Aguda Grave	
		n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]
Tombali	470	11	2,3 [1,3-4,1]	8	1,7 [0,8-3,6]	3	0,6 [0,2-2,0]
Quinara	649	14	2,2 [1,3-3,6]	11	1,7 [1,0-2,8]	3	0,5 [0,1-2,1]
Oio	741	14	1,9 [1,1-3,2]	10	1,3 [0,8-2,3]	4	0,5 [0,2-1,4]
Biombo	430	6	1,4 [0,5-3,8]	3	0,7 [0,2-2,1]	3	0,7 [0,2-2,1]
Bolama-Bijagós	440	6	1,4 [0,6-3,0]	6	1,4 [0,6-3,0]	0	0,0 [0,0-0,0]
Bafatá	535	20	3,7 [1,8-7,5]	17	3,2 [1,7-5,9]	3	0,6 [0,1-2,5]
Cacheu	611	5	0,8 [0,3-2,2]	4	0,7 [0,2-2,1]	1	0,2 [0,0-1,3]
Gabú	465	9	1,9 [1,0-3,7]	7	1,5 [0,7-3,4]	2	0,4 [0,1-1,8]
Bissau	450	3	0,7 [0,2-2,0]	2	0,4 [0,1-1,8]	1	0,2 [0,0-1,7]
País	4 780	86	1,6 [1,2-2,1]	66	1,3 [0,9-1,6]	20	0,4 [0,2-0,6]

Prevalência De Desnutrição Aguda Segundo O PB Por Sexo**Tabela 19: Prevalência da desnutrição aguda (global e grave) segundo o PB de acordo com o sexo das crianças dos 6 aos 59 meses, Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012**

Região	Efetivo	Meninos				Meninas				
		DA		DAG		DA		DAG		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Tombali	241	3	1,2	1	0,4	229	8	3,5	2	0,9
Quinara	313	3	1,0	1	0,3	336	11	3,3	2	0,6
Oio	404	7	1,7	1	0,2	337	7	2,1	3	0,9
Biombo	202	1	0,5	0	0,0	228	5	2,2	3	1,3
Bolama-Bijagós	207	3	1,4	0	0,0	233	3	1,3	0	0,0
Bafatá	268	6	2,2	1	0,4	267	14	5,2	2	0,7
Cacheu	297	1	0,3	1	0,3	314	4	3,1	0	0,0
Gabú	236	3	1,3	0	0,0	229	6	2,6	2	0,9
Bissau	216	1	0,5	0	0,0	234	2	0,9	1	0,4
País	2 377	26	1,0	5	0,2	2 403	60	2,3	15	0,6

Estimativa Do Número De Crianças Que Sofrem De Desnutrição Aguda

Tabela 20: Número estimado de crianças com desnutrição aguda grave, desnutrição aguda moderada e número total de crianças com desnutrição aguda por região e a nível nacional, Guiné-Bissau novembro-dezembro 2012

Região	Crianças de 6 a 59 meses	Prevalência DAG	Crianças Desnutridas Grave	Prevalência DAM	Crianças Desnutridas Moderada	Total Crianças Desnutridas
Tombali	14 649	0,4	59	3,2	469	528
Quinara	9 988	0,5	50	4,8	479	529
Oio	33 332	1,2	400	6,8	2 267	2 667
Biombo	12 989	0,9	117	2,6	338	455
Bolama-Bijagós	6 053	0	0	5,2	315	315
Bafatá	32 282	0,9	291	8,9	2 873	3 164
Cacheu	30 219	0,2	60	3	907	967
Gabú	32 148	0,2	64	5,6	1 800	1 864
Bissau	61 427	0,7	430	6,1	3 747	4 177
País	233 086	-	1 471	-	13 195	14 666

3.2 - Desnutrição crónica ou Retardo no crescimento

A curva da figura 5 representa a distribuição do índice Altura /Idade em z-score de amostragem das crianças inquiridas (curva vermelha) comparada à população de referência OMS 2006 (curva verde). A média do índice Altura/Idade é de -1,30 z-score a nível nacional, com um desvio padrão de 1,21. O desvio da curva vermelha para a esquerda significa que existem mais crianças com retardo no crescimento no seio da população da Guiné-Bissau que no seio da população de referência (curva verde)..

Figura 5 : Distribuição do índice Altura/Idade (A/I) em z-score das crianças dos 0 aos 59 meses inquiridas na Guiné-Bissau novembro - dezembro 2012, comparada à da população de referência OMS 2006.

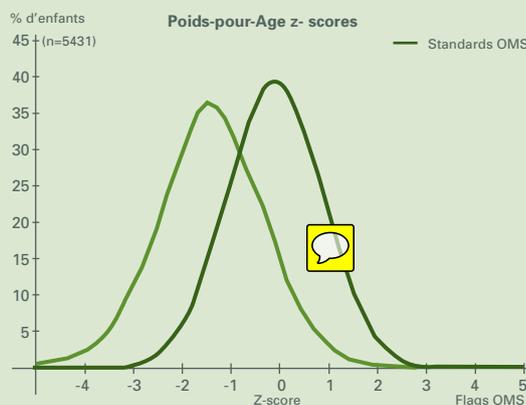


Tabela 21: Prevalência da desnutrição crónica (A/I <-2 z-score), moderada (-3 z-score ≤ A/I < -2 z-score) e grave (A/I < -3 z-score) segundo padrões OMS2006 em crianças dos 0 aos 59 meses, por região de Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012

Região	Efetivo	Desnutrição Crónica		Desnutrição Crónica Moderada		Desnutrição Crónica Grave	
		n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95%]
Tombali	546	147	26,9 [21,9-32,6]	111	20,3 [16,7-24,6]	36	6,6 [4,4-9,7]
Quinara	704	188	26,7 [23,0-30,7]	147	20,9 [17,3-25,0]	41	5,8 [4,2-8,0]
Oio	792	280	35,4 [31,0-40,0]	189	23,9 [20,8-27,3]	91	11,5 [8,7-15,1]
Biombo	483	128	26,5 [22,3-31,1]	103	21,3 [17,7-25,4]	25	5,2 [3,5-7,6]
Bolama-Bijagós	498	121	24,3 [19,4-30,0]	90	18,1 [14,4-22,4]	31	6,2 [4,3-8,9]
Bafatá	588	190	32,3 [27,1-38,0]	138	23,5 [19,3-28,2]	52	8,8 [6,2-12,4]
Cacheu	671	176	26,2 [21,9-31,1]	120	17,9 [14,9-21,3]	56	8,3 [6,1-11,3]
Gabú	509	154	30,3 [24,4-36,8]	112	22,0 [18,0-26,6]	42	8,3 [5,4-12,4]
Bissau	511	82	16,0 [13,1-19,5]	72	14,1 [11,6-17,0]	10	2,0 [1,1-3,5]
Total	5 430	1 517	27,4 [25,4-29,4]	1 082	19,5 [18,2-20,9]	435	7,9 [6,8-9,0]

Prevalência Da Desnutrição Crónica Segundo o Sexo

Tabela 22: Prevalência da desnutrição crónica segundo o sexo das crianças dos 0 aos 59 meses, Guiné-Bissau novembro - dezembro 2012

Região	Efetivo	Meninos				Meninas				
		Desnutrição Crónica		Desnutrição Crónica Grave		Desnutrição Crónica		Desnutrição Crónica Grave		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Tombali	273	85	31,1	36	6,6	273	62	22,7	19	7,0
Quinara	341	98	28,7	24	7,0	363	90	24,8	17	4,7
Oio	428	153	35,7	54	12,6	364	127	34,9	37	10,2
Biombo	232	62	26,7	10	4,3	251	66	26,3	15	6,0
Bolama-Bijagós	234	69	29,5	21	9,0	264	52	19,7	10	3,8
Bafatá	294	105	35,7	34	11,6	294	85	28,9	18	6,1
Cacheu	324	92	28,4	33	10,2	347	84	24,2	23	6,6
Gabú	258	84	32,6	20	7,8	251	70	27,9	22	8,8
Bissau	243	49	20,2	3	1,2	268	33	12,3	7	2,6
Total	2 701	830	30,2	249	8,7	2 729	687	24,6	186	7,0

Comparação entre meninos e meninas

A comparação mostra que, para todo o país, os meninos são 1,2 vezes mais afetados pela desnutrição crónica que as meninas, com uma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Esta análise estatística feita por estratos revelou uma diferença significativa ($p > 0,05$) entre meninos e meninas nas regiões de: Tombali, Bolama/Bijagós e SAB. Na verdade, os meninos apareceram 1,4 vezes mais afetados em Tombali, 1,5 vezes mais em Bolama/Bijagós, e 1,6 vezes mais em Bissau, do que as meninas nas respectivas regiões.

Prevalência da Desnutrição Crónica por Faixa Etária e por região

Tabela 23: Prevalência da Desnutrição Crónica por Faixa Etária em crianças de 0 a 59 meses, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Região	Desnutrição Crónica (A/I < -2 z-scores)		Estado Nutricional Normal (A/I > -2 z-scores)		Efetivo
	n	%	n	%	
Tombali					
0-24 meses	66	23,7	213	76,3	279
25-59 meses	86	31,2	190	68,8	276
Quinara					
0-24 meses	71	21,2	264	78,8	335
25-59 meses	125	31,9	267	68,1	392
Oio					
0-24 meses	127	35,0	236	65,0	363
25-59 meses	162	35,8	290	64,2	452
Biombo					
0-24 meses	49	21,1	183	78,9	232
25-59 meses	81	31,3	178	68,7	259
Bolama-Bijagós					
0-24 meses	42	17,5	198	82,5	240
25-59 meses	81	30,7	183	69,3	264
Bafatá					
0-24 meses	79	26,7	217	73,3	296
25-59 meses	117	37,6	194	62,4	311
Cacheu					
0-24 meses	66	22,2	231	77,8	297
25-59 meses	119	30,5	271	69,5	390
Gabú					
0-24 meses	68	30,5	155	69,5	223
25-59 meses	93	30,8	209	69,2	302
Bissau					
0-24 meses	27	10,8	223	89,2	250
25-59 meses	58	21,6	211	78,4	269
Total					
0-24 meses	595	23,4	1 920	76,6	2 515
25-59 meses	922	30,8	1 993	69,2	2 915

Prevalência da desnutrição crónica por faixa etária a nível nacional**Tabela 24: Prevalência da Desnutrição Crónica (moderada e severa) por Faixa Etária em crianças de 0 a 59 meses, a nível nacional, Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012**

Faixa etária	Efetivo	Desnutrição crónica grave (A/I < -3 DP)		Desnutrição crónica moderada (-3 DP ≤ A/I < -2 DP)		Normal (A/I ≥ -2 DP)	
		n	%	n	%	n	%
0-5 meses	642	19	3,0	77	12,0	546	85,0
6-11 meses	641	39	6,1	75	11,7	527	82,2
12-24 meses	1 106	95	8,6	241	21,8	770	69,6
25-35 meses	1 135	142	12,5	293	25,8	700	61,7
36-59 meses	1 906	140	7,3	396	20,8	1 370	71,9
Total	5 430	435	7,9	1 082	19,5	3 913	72,6

Prevalência da desnutrição crónica por província

A tabela abaixo apresenta as prevalências da desnutrição crónica por província (Leste, Norte, Sul e SAB). Estes resultados demonstram que o retardo do crescimento é um problema sério nas diferentes províncias da Guiné-Bissau com prevalências que ultrapassam os limites de aceitabilidade de 20% em todas as províncias exceto em Bissau (16%).

Tabela 25: Prevalência da Desnutrição crónica (A/I < -2 z-score), moderada (-3 z-score ≤ A/I < -2 z-score) e grave (A/I < -3 z-score) segundo padrões OMS2006 em crianças de 0 a 59 meses, por províncias da Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012

Província	Effectif	Desnutrição Crónica		Desnutrição Crónica Moderada		Desnutrição Crónica Grave	
		n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]
Norte	1 993	604	30,6 [27,9-33,3]	412	20,6 [18,7-22,4]	192	10,0 [8,3-11,8]
Leste	1 132	357	31,5 [27,3-35,6]	250	22,0 [19,0-25,0]	107	9,4 [7,1-11,8]
Sul	1 786	471	26,7 [23,8-29,5]	348	19,7 [17,4-21,9]	123	7,0 [5,7-8,4]
SAB	519	85	16,4 [13,2-19,6]	72	13,9 [11,3-16,5]	13	2,5 [1,0-4,0]

3.3 - Insuficiência ponderal

A curva da figura 6, à seguir, ilustra a distribuição do índice Peso/Idade, em z-score, da amostragem das crianças inquiridas (curva vermelha) em comparação à população de referência OMS2006 (curva verde). A média do índice Peso/Idade é de -1,04 z-score a nível nacional, com um desvio-padrão de 1,08. A deslocação da curva vermelha para a esquerda significa que existem mais crianças com insuficiência ponderal na população da Guiné-Bissau que na população de referência (curva verde).

Figura 6: Distribuição do índice Peso/Idade (P/I) em z-score da amostra das crianças inquiridas na Guiné-Bissau, novembro – dezembro 2012, comparada à da população de referência OMS 2006

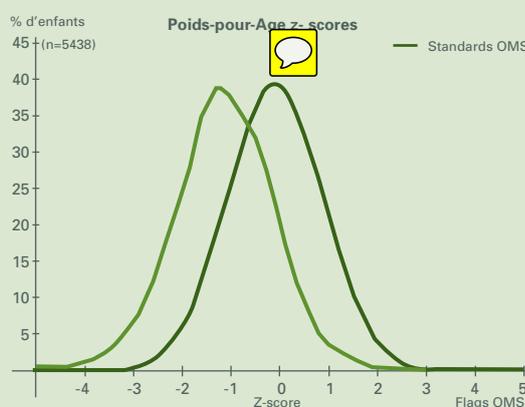


Tabela 26: Prevalência da insuficiência ponderal ($P/I < -2$ z-score), moderada (-3 z-score $\leq P/I < -2$ z-score) e grave ($P/I < -3$ z-score) de acordo com os padrões OMS2006, em crianças de 0 a 59 meses, por região da Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012

Região	Efetivo	Insuficiência Ponderal		Insuficiência Ponderal Moderada		Insuficiência Ponderal Grave	
		n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]
Tombali	548	73	13,3 [10,3-17,0]	58	10,6 [7,8-14,2]	15	2,7 [1,8-4,2]
Quinara	718	114	15,9 [13,3-18,9]	98	13,6 [11,1-16,7]	16	2,2 [1,4-3,5]
Oio	807	205	25,4 [21,3-29,9]	166	20,6 [16,9-24,9]	39	4,8 [3,2-7,1]
Biombo	488	50	10,2 [7,4-14,0]	44	9,0 [6,3-12,7]	6	1,2 [0,6-2,6]
Bolama-Bijagós	500	63	12,6 [9,4-16,7]	50	10,0 [7,4-13,4]	13	2,6 [1,5-4,5]
Bafatá	598	142	23,7 [19,8-28,2]	113	18,9 [16,0-22,2]	29	4,8 [2,8-8,2]
Cacheu	683	97	14,2 [11,2-17,9]	74	10,8 [8,4-13,8]	23	3,4 [2,0-5,7]
Gabú	518	94	18,1 [13,9-23,3]	77	14,9 [10,8-20,1]	17	3,3 [2,2-4,9]
Bissau	517	58	11,2 [8,8-14,2]	51	9,9 [7,6-12,6]	7	1,4 [0,5-3,6]
Total	5 438	929	17,5 [15,8-19,1]	731	13,8 [12,4-15,2]	198	3,7 [3,0-4,4]

Prevalência da Insuficiência Ponderal segundo o sexo**Tabela 27: Prevalência da Insuficiência Ponderal (global e grave) segundo o sexo das crianças de 0 a 59 meses, Guiné-Bissau novembro - dezembro 2012**

Região	Meninos					Meninas				
	Efetivo	Insuficiência Ponderal		Insuficiência Ponderal Grave		Efetivo	Insuficiência Ponderal		Insuficiência Ponderal Grave	
		n	%	n	%		n	%	n	%
Tombali	275	36	13,1	8	2,9	273	37	13,6	7	2,6
Quinara	348	59	17,0	9	17,0	370	55	14,9	7	1,9
Oio	438	115	26,3	26	5,9	369	90	24,4	13	3,5
Biombo	233	19	8,2	3	1,3	255	31	12,2	3	1,2
Bolama-Bijagós	236	33	14,0	7	3,0	264	30	11,4	6	2,3
Bafatá	298	77	25,8	18	6,0	300	65	21,7	11	3,7
Cacheu	331	54	16,3	11	3,3	352	43	12,2	12	3,4
Gabú	262	45	17,2	6	2,3	256	49	19,1	11	4,3
Bissau	246	32	13,0	3	1,2	271	29	9,6	4	1,5
Total	2 704	491	18,6	112	4,0	2 734	438	16,4	86	3,3

Comparação entre meninos e meninas

A comparação entre os meninos e meninas em relação à insuficiência ponderal mostrou uma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) a nível nacional, onde os meninos apareceram um pouco mais afetados (1,1 vezes) do que meninas. Nenhuma diferença significativa ($p > 0,05$) foi encontrada entre estes dois grupos de crianças a nível das diferentes regiões.

Prevalência da Insuficiência Ponderal por Faixa Etária e por região**Tabela 28: Prevalência da Insuficiência Ponderal por Faixa Etária em crianças de 0 a 59 meses, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012**

Região	Insuficiência ponderal (P/I < -2 z-scores)		Estado nutricional normal (P/I > -2 z-scores)		Efetivo
	n	%	n	%	
Tombali					
0-24 meses	39	13,9	241	86,1	280
25-59 meses	37	13,4	239	86,6	276
Quinara					
0-24 meses	50	14,9	285	85,1	335
25-59 meses	71	18,1	321	81,9	392
Oio					
0-24 meses	107	29,4	257	70,6	364
25-59 meses	101	22,3	351	77,7	452
Biombo					
0-24 meses	23	9,9	209	90,1	232
25-59 meses	30	11,5	232	88,5	262
Bolama-Bijagós					
0-24 meses	27	11,2	215	88,8	242
25-59 meses	38	14,4	226	85,6	264
Bafatá					
0-24 meses	67	22,6	229	77,4	296
25-59 meses	81	26,0	230	74,0	311
Cacheu					
0-24 meses	36	12,1	261	87,9	297
25-59 meses	64	16,4	326	83,6	390
Gabú					
0-24 meses	44	19,7	179	80,3	223
25-59 meses	54	17,9	248	82,1	302
Bissau					
0-24 meses	18	7,2	232	92,8	250
25-59 meses	42	15,6	228	84,4	270
Total					
0-24 meses	411	16,5	2 108	83,5	2 519
25-59 meses	518	18,3	2 401	81,7	2 919

Prevalência da Insuficiência Ponderal por faixa etária a nível nacional**Tabela 29: Prevalência da Insuficiência Ponderal (moderada e grave) por faixa etária das crianças de 0 a 59 meses a nível nacional, Guiné-Bissau, novembro – dezembro 2012**

Faixa etária	Efetivo	Insuficiência ponderal grave (<-3 z-score)		Insuficiência ponderal moderada (-3 z-score ≤ P/I <-2 z-score)		Normal (> -2 z scores)	
		n	%	n	%	n	%
0-5 meses	644	13	2,0	30	4,7	601	93,3
6-11 meses	642	32	5,0	77	12,0	533	83,0
12-24 meses	1 107	53	4,8	178	16,1	876	79,1
25-35 meses	1 138	51	4,5	160	14,1	927	81,5
36-59 meses	1 907	49	2,6	286	15,0	1 572	82,4
Total	5 438	198	3,7	731	13,8	4 509	82,5

Prevalência da insuficiência ponderal por província

A tabela abaixo apresenta as prevalências de insuficiência ponderal (global, moderada e grave) em crianças de 0 aos 59 meses por província (Leste, Norte, Sul e SAB). Estes resultados demonstram que o Leste é a zona mais afetada pela insuficiência ponderal com uma prevalência de 21,5% que ultrapassa o limiar de gravidade.

Tabela 30: Prevalência da insuficiência ponderal (P/I <-2 z-score), moderada (-3 z-score ≤ P/I <-2 z-score) e grave (P/I <-3 z-score) segundo padrões OMS2006, em crianças de 0 a 59 meses, por províncias da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Província	Effectif	Insuficiência Ponderal		Insuficiência Ponderal Moderada		Insuficiência Ponderal Grave	
		n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]	n	% [IC à 95 %]
Norte	1 997	361	18,7 [16,3-21,1]	284	14,6 [12,6-16,7]	77	4,0 [2,9-5,2]
Leste	1 132	246	21,5 [18,2-24,8]	190	16,6 [14,0-19,36]	56	4,9 [3,2-6,6]
Sul	1 789	262	14,5 [12,6-16,3]	206	11,3 [9,5-13,1]	56	3,2 [2,4-3,9]
SAB	517	60	11,5 [8,8-14,2]	51	9,8 [7,4-12,2]	9	1,7 [0,4-3,1]

4 - Estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos

Tabela 31: Descrição dos dados (idade, peso, altura e PB) coletados em mulheres dos 15 aos 49 anos, Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012

Região	Efetivos	Idade		Peso		Altura		PB		
		Dados ausentes		Idade média	Dados ausentes		Dados ausentes		Dados ausentes	
		n	%	x	n	%	n	%	n	%
Tombali	542	7	1,5	29,5	30	6,6	30	6,6	30	6,6
Quinara	751	9	1,2	28,5	34	4,5	35	4,7	36	4,8
Oio	778	11	1,4	28,7	94	12,1	94	12,1	94	12,1
Biombo	582	12	2,1	28,3	18	3,1	19	3,3	18	3,1
Bolama-Bijagós	571	25	4,4	30,7	38	6,7	38	6,7	38	6,7
Bafatá	682	13	1,9	29,3	27	4,0	27	4,0	28	4,1
Cacheu	770	3	0,4	28,3	199	25,8	199	25,8	199	25,8
Gabú	570	0	0	27,2	7	1,2	7	1,2	7	1,2
Bissau	864	20	2,3	27,6	34	3,9	34	3,9	34	3,9
Total	6 110	100	1,6	28,6	481	7,9	483	7,9	484	7,9

Distribuição por idade da amostra das mulheres de 15 a 49 anos

A figura 7, abaixo, apresenta a distribuição por idade da amostra de mulheres de 15 a 49 anos. Este gráfico demonstra que todas as faixas etárias se encontram representadas na amostra. A média de idade das mulheres inquiridas foi de 27,3 anos, com um desvio-padrão de 0,2. Esta distribuição etária mostra uma assimetria à esquerda que traduz a predominância de jovens em relação a mulheres adultas na amostra. A distribuição revela igualmente a presença de picos de idade a nível dos 20 e 30 anos, provavelmente ligados à estimativa.

Figura 7: Distribuição por idade da amostra das mulheres dos 15 aos 49 anos, Guiné-Bissau novembro - dezembro 2012



A tabela abaixo mostra a distribuição da amostra das mulheres inquiridas, com idades entre 15 a 49 anos, de acordo com o estatuto de gestação e/ou lactação. Das mulheres pesquisadas, 600 estavam grávidas, ou seja 9,8% da amostra. A proporção de mulheres gestantes por região variou entre 5,3% em Bissau e 14,3% na região de Oio. O total de mulheres lactantes foi 2160, ou seja, 35,4%. 11 Mulheres pertencem aos dois estatutos (gestantes e lactantes), 0,2% da amostra.

Tabela 32: Características das mulheres dos 15 aos 49 anos inquiridas por região da Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012

Região	Não gestante/ Não lactante		Gestantes		Lactantes		Gestantes e Lactantes		Dados ausentes / NS		Efetivo total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tombali	220	40,6	53	9,8	237	43,7	0	0	32	5,9	542	100
Quinara	345	45,9	82	10,9	280	37,3	1	0,1	43	5,7	751	100
Oio	254	32,6	111	14,3	330	42,4	2	0,3	81	10,4	778	100
Biombo	331	56,9	45	7,7	192	33,0	0	0	14	2,4	582	100
Bolama-Bijagós	290	50,8	36	6,3	214	37,5	0	0	31	5,4	571	100
Bafatá	318	46,6	93	13,6	263	38,6	2	0,3	6	0,9	682	100
Cacheu	298	38,7	59	7,7	251	32,6	4	0,5	158	20,5	770	100
Gabú	274	48,1	77	13,5	217	38,1	0	0	2	0,4	570	100
Bissau	599	69,3	44	5,1	176	20,4	2	0,2	43	5,0	864	100
Total	2 929	47,9	600	9,8	2 160	35,4	11	0,2	410	6,7	6 110	100

Distribuição por faixa etária das gestantes

A figura abaixo ilustra a distribuição das gestantes de 15 a 49 anos da amostra, em função das faixas etárias. Pela curva, a proporção mais alta de mulheres gestantes (28%) encontra-se nas faixas etárias de 20 a 24 e 25 a 29 anos, enquanto a menor proporção de mulheres grávidas (1%) foi na faixa etária de 45-49 anos.

Figura 8: Distribuição por faixa etária das gestantes da amostra de mulheres dos 15 aos 49 anos inquiridas na Guiné-Bissau, novembro - dezembro 2012.



4.1 - Estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos não gestantes, segundo o IMC

A tabela abaixo apresenta o estado nutricional de mulheres não gestantes de 15 a 49 anos, segundo o índice de massa corporal, por região. Os resultados mostram que a proporção de mulheres com baixo peso é mais elevada nas regiões de Gabú (16,5%), Oio (16,3%), e Bafatá (14,3%). Todas as outras regiões apresentam prevalências de baixo peso inferiores a 11,3%, a prevalência nacional. A nível nacional a magreza extrema atinge 0,9% das não gestantes inquiridas. Por outro lado, o excesso de peso ganha expressão com uma prevalência nacional de 14,0% e as prevalências regionais variando entre 10,4% em Gabu e 20,4% em Bissau. O Sector Autónomo de Bissau é particularmente afetado pelo sobrepeso (20,4%) e pela obesidade, sendo a região que apresenta a maior prevalência de obesidade (13,4%).

Tabela 33: Estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos não gestantes, em função do IMC, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Região	Magreza Extrema IMC < 16,0		Baixo Peso IMC entre 16,0 – 18,4		Normal IMC entre 18,5 – 25,0		Sobrepeso IMC entre 25,1 – 30,0		Obesidade IMC > 30,0		Efetivo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tombali	2	0,4	37	8,1	332	72,6	58	12,7	28	6,1	457	100
Quinara	1	0,2	59	9,4	458	73,3	76	12,2	31	5,0	625	100
Oio	5	0,9	95	16,3	400	68,5	62	10,6	22	3,8	584	100
Biombo	0	0,0	46	8,8	382	73,0	61	11,7	34	6,5	523	100
Bolama-Bijagós	3	0,6	49	9,7	347	68,8	75	14,9	30	6,0	504	100
Bafatá	10	1,7	83	14,3	384	66,1	61	10,5	43	7,4	581	100
Cacheu	2	0,4	57	10,4	350	63,8	74	13,5	66	12,0	549	100
Gabú	7	1,4	81	16,5	324	66,0	51	10,4	28	5,7	491	100
Bissau	6	0,8	55	7,1	452	58,3	158	20,4	104	13,4	775	100
Total	36	0,9	562	11,3	3 429	65,2	676	14,0	386	8,6	5 089	100

4.2 - Prevalência da desnutrição crónica com base na altura

Estado nutricional das mulheres segundo a altura (desnutrição crónica)

Tabela 34: Prevalência da desnutrição crónica (altura < 145cm) em mulheres de 15 a 49 anos por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Região	Normal (Altura ≥ 145 cm)		Desnutrição Crónica (Altura < 145 cm)		Dados Ausentes		Efetivos	
	n	%	n	% [IC 95 %]	n	%	n	%
Tombali	506	93,4	6	1,1 [0,2-2,0]	30	5,5	542	100
Quinara	695	92,5	21	2,8 [1,6-4,0]	35	4,7	751	100
Oio	680	87,4	4	0,5 [0,0-1,0]	94	12,1	778	100
Biombo	559	96,0	4	0,7 [0,0-1,4]	19	3,3	582	100
Bolama-Bijagós	531	93,0	2	0,4 [0,0-0,8]	38	6,7	571	100
Bafatá	646	94,7	9	1,3 [0,5-2,1]	27	4,0	682	100
Cacheu	561	72,9	10	1,3 [0,5-2,1]	199	25,8	770	100
Gabú	549	96,3	14	2,5 [1,2-3,7]	7	1,2	570	100
Bissau	821	95,0	9	1,0 [0,4-1,7]	34	3,9	864	100
Total	5 548	91,0	79	1,3 [0,9-1,6]	483	7,7	6 110	100

4.3 - Prevalência da desnutrição aguda com base no PB

Total das mulheres e gestantes de 15 a 49 anos

Tabela 35: Prevalência da desnutrição aguda grave segundo o PB (PB<180mm) nas mulheres de 15 a 49 anos, por região, e prevalência da desnutrição aguda moderada (210mm < PB < 235mm) em gestantes e/ou lactantes da mesma idade por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Região	Total de mulheres			Gestantes e/ou Lactantes				
	Efetivo	Desnutrição Aguda Grave (PB < 180 mm)		Efetivo	Desnutrição Aguda Moderada (PB< 210 mm)		Desnutrição Aguda Moderada (PB< 235 mm) (protocolo da Guiné- Bissau)	
	n	%	[IC a 95 %]	n	%	[IC a 95 %]	n	% [IC 95 %]
Tombali	512	6	1,2 [0,2-2,1]	287	4	1,4 [0,0-2,8]	19	6,6 [3,7-9,5]
Quinara	714	5	0,7 [0,1-1,3]	361	3	0,8 [0,0-1,8]	31	8,6 [5,7-11,5]
Oio	684	7	1,0 [0,3-1,8]	431	5	1,2 [0,1-2,2]	52	12,1 [9,0-15,1]
Biombo	564	2	0,4 [0,0-0,8]	233	1	0,4 [0,0-1,3]	14	6,0 [2,9-9,1]
Bolama-Bijagós	533	1	0,2 [0,0-0,6]	246	1	0,4 [0,0-1,2]	14	5,7 [2,8-8,6]
Bafatá	651	1	0,2 [0,0-0,5]	344	5	1,5 [0,2-2,7]	43	12,5 [9,0-16,0]
Cacheu	571	0	0	288	1	0,3 [0,0-1,0]	18	6,3 [3,4-9,1]
Gabú	563	0	0	291	6	2,1 [0,4-3,7]	61	21,0 [16,3-25,6]
Bissau	830	2	0,2 [0,0-0,6]	221	2	0,9 [0,0-2,2]	19	8,6 [4,9-12,3]
Total	5 622	24	0,4 [0,2-0,5]	2 702	28	1,2 [0,7-1,6]	271	11,3 [9,8-12,8]

5 - Alimentação do Lactente e da Criança Pequena (ALCP)

Início precoce do aleitamento materno

Tabela 36: Proporção do início precoce da amamentação por mães de crianças de 0 a 23 meses, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012

Região	Efetivo	Dados Ausentes	Efetivos Válidos	Crianças colocadas na mama na primeira hora de vida	
				n	% [IC a 95 %]
Tombali	251	13	238	212	89,1 [82,5-95,6]
Quinara	308	23	285	224	78,6 [70,9-86,3]
Oio	342	20	322	228	70,8 [58,8-82,8]
Biombo	176	2	174	120	69,0 [59,1-78,8]
Bolama-Bijagós	193	5	188	157	83,5 [75,5-91,5]
Bafatá	245	18	227	154	67,8 [56,5-79,2]
Cacheu	274	39	235	167	71,1 [57,4-84,8]
Gabú	181	1	180	115	63,9 [49,9-77,9]
Bissau	206	14	192	143	74,5 [64,3-84,7]
Total	2 176	135	2 041	1 520	72,1 [67,8-76,5]

Aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida

Tabela 37: Proporção de aleitamento materno exclusivo em crianças dos 0 a 5 meses por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Região	Efetivo	Crianças colocadas na mama na primeira hora após o nascimento	
		n	%
Tombali	77	58	75,3
Quinara	65	49	75,4
Oio	64	43	67,2
Biombo	59	40	67,8
Bolama-Bijagós	62	37	59,7
Bafatá	64	33	51,6
Cacheu	67	58	86,6
Gabú	46	29	63,0
Bissau	53	35	66,0
Total	557	382	67,2 [60,7-73,7]

Introdução de Alimentos Sólidos a Partir dos 6 Meses**Tabela 38: Introdução de alimentos sólidos, semissólidos e moles na Alimentação de Crianças aos 6 meses de idade, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012**

Região	Efetivo	Crianças que beneficiaram de introdução de alimentos moles, semissólidos ou sólidos a partir dos seis meses	
		n	%
Tombali	31	19	61,3
Quinara	47	26	55,3
Oio	50	31	62,0
Biombo	23	13	56,5
Bolama-Bijagós	28	18	64,3
Bafatá	43	21	48,8
Cacheu	29	15	51,7
Gabú	23	18	78,3
Bissau	26	17	65,4
Total	300	178	61,0 [54,0-68,0]

Continuação da Amamentação Até Um Ano de Idade**Tabela 39: Continuação da amamentação em crianças até um ano de idade por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012**

Região	Efetivo	Crianças amamentadas até um ano de idade	
		n	%
Tombali	39	37	94,9
Quinara	58	56	96,6
Oio	52	50	96,2
Biombo	30	29	96,7
Bolama-Bijagós	43	43	100
Bafatá	38	37	97,4
Cacheu	52	51	98,1
Gabú	32	32	100,0
Bissau	34	30	88,2
Total	378	365	95,2 [92,1-98,3]

Crianças de 0 a 23 meses alimentadas com biberão**Tabela 40: Proporção de crianças de 0 a 23 meses alimentadas com biberão por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012**

Região	Efetivo	Dados ausentes/NS	Efetivos válidos	Crianças alimentada com biberão	
				n	% [IC 95 %]
Tombali	270	10	260	9	3,5 [1,2-5,7]
Quinara	326	15	311	20	6,4 [3,7-9,2]
Oio	361	17	344	11	3,2 [1,3-5,1]
Biombo	223	0	223	13	5,8 [2,7-8,9]
Bolama-Bijagós	233	5	228	5	2,2 [0,3-4,1]
Bafatá	278	15	263	5	1,9 [0,2-3,6]
Cacheu	300	40	260	6	2,3 [0,5-4,1]
Gabú	205	1	204	6	2,9 [0,6-5,3]
Bissau	229	10	219	56	25,6 [19,8-31,4]
Total	2 425	113	2 312	131	9,1 [7,0-11,2]

Frequência mínima de refeições**Tabela 41: Proporção de crianças de 6 a 23 meses que beneficiaram de uma frequência mínima de refeições durante as 24h que precederam o inquérito na Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012**

Amamentadas (6 a 8 meses) (≥ 2 refeições)			Amamentadas (9 a 23 meses) (≥ 3 refeições)			Crianças de 6 a 23 meses não amamentadas (≥ 4 refeições)		
Efetivos	n	% [IC a 95 %]	Efetivos	n	% [IC a 95 %]	Efetivos	n	% [IC a 95 %]
296	159	54.0 [46,8-61,0]	1 187	888	75.2 [71,4-79,0]	187	132	63.0 [52,9-73,1]

Tabela 42: Proporção de crianças de 6 a 23 meses que beneficiaram de uma frequência mínima de refeições (amamentadas e não amamentadas), por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Região	Efetivos	Dados ausentes / NS	Efetivos válidos	Proporção de crianças que receberam um nº mínimo de refeições necessárias na véspera do inquérito	
				n	% [IC a 95 %]
Tombali	186	8	178	139	78,1 [72,0-84,2]
Quinara	254	14	240	164	68,3 [62,4-74,2]
Oio	285	19	266	215	80,8 [76,1-85,6]
Biombo	158	2	156	124	79,5 [73,1-85,8]
Bolama-Bijagós	167	8	159	138	86,8 [81,5-92,1]
Bafatá	206	13	193	138	71,5 [65,1-77,9]
Cacheu	214	29	185	159	85,9 [80,9-91,0]
Gabú	145	1	144	119	82,6 [76,4-88,9]
Bissau	160	7	153	108	70,6 [63,3-77,8]
Total	1 775	101	1 674	1 304	77,0 [77,1-80,0]

Diversificação Alimentar (Consumo de grupos de alimentos por crianças de 6 a 23 meses)**Diversificação alimentar mínima por faixa etária****Tabela 43: Proporção de crianças de 0 a 23 meses que receberam uma diversidade alimentar mínima nas 24 horas que antecederam o inquérito, por faixa etária, Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012**

Faixa etária	Efetivos	Consumo \geq 4 grupos de alimentos nas 24h anteriores ao inquérito		
		n	%	[IC a 95 %]
6-11 meses	639	12	2,5	[0,8-4,1]
12-17 meses	581	53	10,1	[6,3-13,9]
18-23 meses	555	78	16,3	[11,4-21,2]

Diversificação alimentar mínima por região**Tabela 44: Proporção de crianças de 6 a 23 meses que beneficiaram de uma diversificação alimentar mínima, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012**

Região	Efetivos	Consumo de \geq 4 grupos de alimentos em 24 horas	
		n	% [IC a 95 %]
Tombali	186	20	10,8 [5,2-16,3]
Quinara	254	7	2,8 [0,3-5,2]
Oio	285	43	15,1 [9,0-21,1]
Biombo	158	8	5,1 [0,2-10,0]
Bolama-Bijagós	167	6	3,6 [-0,1-7,3]
Bafatá	206	13	6,3 [2,6-10,0]
Cacheu	214	21	9,8 [3,6-16,0]
Gabú	145	13	9,0 [3,2-14,7]
Bissau	160	21	13,1 [6,2-20,1]
Total	1 775	152	10,1 [7,8-12,5]

Tabela 45: Média de grupos de alimentos consumidos pelas crianças de 6 a 23 meses por faixa etária, Guiné-Bissau 2012

Faixa etária	Efetivos validos	Média	[IC a 95%]	Min. e máx.
6-11 mois	608	1,1	[1,0-1,2]	[0-6]
12-17 mois	544	2,0	[1,9-2,1]	[0-6]
18-23 mois	510	2,4	[2,3-2,5]	[0-7]
Total	1 662	1,8	[1,7-1,9]	[0-7]

Tabela 46: Média de grupos de alimentos consumidos pelas crianças de 6 a 23 meses por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Região	Efetivos válidos	Média	[IC a 95%]	Min e Máx
Tombali	178	1,9	[1,8-2,1]	[0-5]
Quinara	240	1,5	[1,3-1,6]	[0-4]
Oio	261	2,1	[1,9-2,2]	[0-6]
Biombo	157	1,7	[1,5-1,9]	[0-4]
Bolama-Bijagós	160	1,8	[1,7-2,0]	[0-4]
Bafatá	193	1,4	[1,2-1,6]	[0-6]
Cacheu	185	1,8	[1,7-2,0]	[0-4]
Gabú	143	1,8	[1,6-2,0]	[0-6]
Bissau	145	2,0	[1,8-2,2]	[0-7]
Total	1 662	1,8	[1,7-1,9]	[0-7]

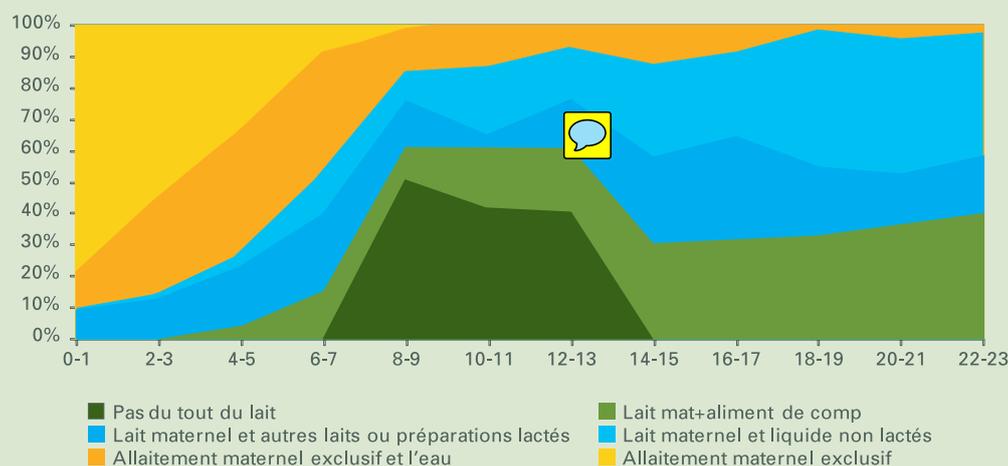
Ingestão mínima aceitável para todas as crianças a nível nacional

Tabela 47: Proporção de crianças de 6 a 23 meses (amamentadas e não amamentadas) que beneficiaram de um aporte alimentar mínimo na véspera do inquérito, Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Aporte alimentar mínimo aceitável		
Efetivos	n	% [IC a 95 %]
1 231	121	10,7 [7,8-13,6]

Práticas Alimentares dos Bebés em Função da Idade

Figura 9: Práticas de alimentação dos bebés na Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012



6 - Dados adicionais

6.1 - Cobertura de vacinação contra o sarampo (VAS)

A tabela 48, abaixo, apresenta a cobertura de vacinação contra o sarampo em crianças de 9 a 59 meses por região. Depreende-se da análise destes resultados que a cobertura nacional é de 82,7%, com coberturas regionais que variam entre 61,5% na região de Oio e 97,3% na região de Bolama/Bijagós. As provas de vacinação apresentam boas proporções a nível das diferentes regiões (de 52,7% em Oio a 84,9% em Tombali).

Tabela 48: Cobertura de vacinação contra o sarampo em crianças de 9 a 59 meses, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012

Região	Efetivos		Dados Ausentes		Não Vacinado		Vacinado sem Cartão		Vacinado com Cartão		Vacinação com e sem Cartão	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	% [IC a 95 %]
Tombali	449		15	3,3	16	3,5	37	8,2	381	84,9	418	93,1 [90,3-95,9]
Quinara	610		33	5,4	53	8,7	57	9,3	467	76,6	524	85,9 [80,8-91,0]
Oio	735		90	12,2	193	26,3	65	8,8	387	52,7	452	61,5 [55,0-68,0]
Biombo	407		13	3,1	51	12,5	95	23,3	248	60,9	343	84,3 [78,9-89,7]
Bolama-Bijagós	412		6	1,5	5	1,2	55	13,4	346	84,0	401	97,3 [95,7-98,9]
Bafatá	496		16	3,2	83	16,7	110	22,2	287	57,9	397	80,0 [71,9-88,2]
Cacheu	641		48	7,5	16	2,5	73	11,3	504	78,6	577	90,0 [87,2-93,0]
Gabú	442		2	0,5	24	5,4	74	16,7	342	77,4	416	94,1 [89,7-98,6]
Bissau	425		21	4,9	53	12,5	111	26,1	240	56,5	351	82,5 [76,7-88,4]
Total	4 617		244	5,3	494	11,9	677	17,4	3 202	65,3	3 879	82,7 [80,1-85,4]

6.2 - Cobertura da suplementação de vitamina A

A tabela 49, em baixo, mostra a cobertura da suplementação de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade por região. A nível nacional, crianças suplementadas com vitamina A nos últimos 6 meses representam 78,2%. A menor taxa foi observada novamente a nível da região de Oio (62,2%).

Tabela 49: Cobertura de suplementação de vitamina A em crianças dos 6 a 59 meses por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Região	Efetivos	Dados Ausentes		Crianças não suplementadas com vitamina A		Tabela 49: Cobertura de suplementação de vitamina A em crianças dos 6 a 59 meses por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012	
		n	%	n	%	n	% [IC a 95 %]
Tombali	485	15	3,1	20	4,1	450	92,8 [89,5-96,0]
Quinara	658	32	4,9	45	6,8	581	88,3 [84,2-92,4]
Oio	792	82	10,4	217	27,4	493	62,2 [52,5-72,0]
Biombo	431	9	2,1	117	27,1	305	70,8 [60,4-81,1]
Bolama-Bijagós	447	6	1,3	17	3,8	424	94,9 [92,1-97,6]
Bafatá	543	13	2,4	127	23,4	403	74,2 [65,7-82,7]
Cacheu	676	51	7,5	45	6,7	580	85,8 [82,4-89,2]
Gabú	465	2	0,4	38	8,2	425	91,4 [86,3-96,5]
Bissau	454	20	4,4	98	21,6	336	74,0 [65,0-83,0]
Total	4 951	230	4,7	724	17,1	3 997	78,2 [74,9-81,5]

6.3 - Cobertura da desparasitação em crianças de 12 a 59 meses

A tabela 50, abaixo, apresenta a cobertura da desparasitação em crianças de 12 a 59 meses por região. A nível nacional, as crianças desparasitadas no decorrer dos últimos 6 meses representam 78,5%. A taxa mais baixa de desparasitação foi observada na região de Biombo onde somente um pouco mais de uma criança em cada duas foi desparasitada nos últimos 6 meses.

Tabela 50: Cobertura de desparasitação em crianças de 12 a 59 meses por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro de 2012

Região	Efetivos	Dados Ausentes		Crianças não desparasitadas		Crianças desparasitadas nos 6 últimos meses anteriores ao inquérito	
		n	%	n	%	n	% [IC a 95 %]
Tombali	411	14	3,4	7	1,7	390	94,9 [92,1-97,7]
Quinara	567	30	5,3	19	3,4	518	91,4 [87,7-95,0]
Oio	682	79	11,6	156	22,9	447	65,5 [55,9-75,2]
Biombo	376	9	2,4	146	38,8	221	58,8 [47,8-69,7]
Bolama-Bijagós	390	5	1,3	8	2,1	377	96,7 [94,2-99,2]
Bafatá	463	13	2,8	97	21,0	353	76,2 [67,9-84,6]
Cacheu	585	47	8,0	27	4,6	511	87,4 [84,1-90,6]
Gabú	416	2	0,5	35	8,4	379	91,1 [85,7-96,5]
Bissau	402	19	4,7	91	22,6	292	72,6 [63,3-81,9]
Total	4 292	218	5,1	586	16,4	3 488	78,5 [75,1-81,8]

7 - Teste de iodação do sal

A tabela 51 apresenta as proporções dos agregados que utilizavam sal iodado para cozinhar, à véspera do inquérito. Os dados desta tabela mostram que a nível nacional somente 27,4% dos agregados utilizavam sal iodado na cozinha à véspera do inquérito. As proporções de utilização de sal iodado variaram entre 2,8% em Biombo e 75,8% em Gabú.

Tabela 51: Proporção de agregados que utilizaram sal iodado na cozinha na véspera do inquérito, por região da Guiné-Bissau, novembro-dezembro 2012

Região	Efetivos	Ausência de sal e/ou dados ausentes	Nº de agregados Testados	Sal não iodado (PPM=0)		Sal iodado (PPM≠0)	
				n	%	n	%
Tombali	450	59	391	268	68,5	123	31,5
Quinara	539	124	415	230	55,4	185	44,6
Oio	539	53	486	363	74,7	123	25,3
Biombo	486	25	461	448	97,2	13	2,8
Bolama-Bijagós	468	54	414	338	81,6	76	18,4
Bafatá	521	104	417	226	54,2	191	45,8
Cacheu	522	48	474	295	62,2	179	37,8
Gabú	515	43	472	114	24,2	358	75,8
Bissau	621	244	377	348	92,3	29	7,7
Total	4 661	754	3 907	2 630	72,6	1 277	27,4



Discussão

1 - Desnutrição Aguda

Os resultados da pesquisa mostram que a prevalência nacional da desnutrição aguda global é 6,5% [5,2-7,4] CI a 95%. Isso corresponde a uma situação nutricional precária na escala de classificação da OMS. A análise do estado nutricional por estrato (região) revelou grandes diferenças entre as diferentes regiões do país. A menor prevalência de desnutrição aguda global foi encontrada na região de Cacheu (3,1%) e a maior prevalência na região de Bafatá (9,8%), onde a situação nutricional está próxima do limite de gravidade (10%) na escala de classificação da OMS. Dois perfis se destacam a nível nacional :

- As regiões onde a situação nutricional pode ser considerada “aceitável” (DAG<5%): Cacheu (3,1%), Biombo (3,5%) e Tombali (3,6%);
- As regiões onde a situação nutricional pode ser considerada como “precária” (DAG entre 5 e 10%): Bolama/Bijagós (5,2%), Quinara (5,3%), Gabú (5,8%), Bissau (6,7%), Oio (8,0%) e Bafatá (9,8%).

A forma moderada da desnutrição aguda é dominante, dado à prevalência da desnutrição aguda grave ser inferior 1% em todas as regiões exceto na região de Oio (1,2%). Nenhum caso de edema bilateral foi encontrado pelas equipas de inquiridores. O inquérito revelou que a nível nacional 14666 crianças de 6 a 59 meses apresentam desnutrição aguda: 13195 casos na forma moderada e 1471 casos na forma grave.

Este inquérito foi realizado no período da colheita, onde a prevalência da desnutrição aguda deveria normalmente encontrar-se no seu menor nível no seio das comunidades. Podemos portanto esperar encontrar prevalências mais elevadas no período de seca e/ou em caso de degradação da situação nutricional a nível das regiões onde o estado nutricional é já precário.

Comparação com o inquérito SMART 2008

A comparação dos resultados desta pesquisa com os do SMART 2008 mostrou que a situação nutricional não sofreu uma mudança notável, visto que a prevalência de desnutrição aguda global encontrada nos dois inquéritos é quase idêntica. Em Bissau, uma tendência clara de aumento pode ser observada (ver figura 10).

Figura 10: Comparação das prevalências da desnutrição aguda global por província (Leste, Norte, Sul e SAB) da Guiné-Bissau, SMART 2008 e SMART 2012



Comparação com o inquérito MICS 2010

A comparação dos resultados desta pesquisa com os do SMART de 2010, mostrou similaridades na maioria das regiões, tais como: Bissau, Gabu, Oio, Biombo, Quínara e Tombali. No entanto, uma diferença significativa foi observada na região de Bafatá, onde a prevalência é maior neste inquérito (9,8%) do que no MICS 2010 (5,4%). Observou-se também uma significativa redução da desnutrição aguda a nível da região de Cacheu, onde a prevalência da DAG diminuiu de 6,4% para 3,1% (ver figura abaixo).

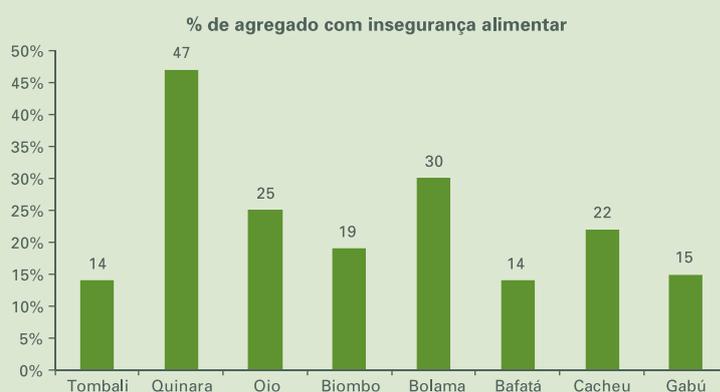
No entanto é importante referir que a comparação entre essas duas pesquisas pode ser problemática porque elas não só foram realizadas de acordo com metodologias diferentes, mas também em momentos diferentes do ano.

Figura 11: Comparação das prevalências da desnutrição aguda global por região da Guiné-Bissau, entre o inquérito MICS 2010 e o inquérito SMART 2012



A precariedade da situação nutricional nas regiões de Bafatá, Oio, Gabú, Quinara e Bolama/Bijagós poderá ser explicada pelas condições socioeconómicas desfavoráveis e também pela baixa produção de cereais que nos últimos anos não permite satisfazer as necessidades da população. Estas regiões são também as que apresentam uma proporção maior de agregados com um consumo alimentar pobre e uma grave insegurança alimentar, segundo o inquérito VAM de 2011. Com efeito, o inquérito VAM revelou que 20% dos agregados rurais guineenses estão em situação de insegurança alimentar, num total de 179 000 pessoas, das quais 8% (70 000 pessoas) em insegurança alimentar grave e 12% (109 000 pessoas) em insegurança alimentar moderada.

Figura 12: Proporção dos agregados em insegurança alimentar por região na Guiné-Bissau, VAM 2011



Aos fatores acima mencionados juntam-se: a baixa acessibilidade a água potável, a falta de saneamento a nível dos agregados familiares, a má qualidade dos cuidados prestados, a baixa acessibilidade geográfica aos serviços de saúde, o peso da morbilidade infantil (malária, diarreia e infeções respiratórias agudas), o peso dos costumes e culturas, bem como o modo de vida de algumas comunidades nas regiões do leste e do norte do país.

2 - Desnutrição Crónica

A prevalência nacional de desnutrição crónica é 26,6% [24,8-28,4]. Isso corresponde a uma situação nutricional considerada "precária", de acordo com a classificação da OMS. As prevalências regionais variaram entre 16,0% em Bissau e 35,4% em Oio. A análise da prevalência de baixa estatura por estrato permite classificar as regiões em 3 três categorias:

- Região de baixa prevalência, correspondendo a uma situação nutricional aceitável: Bissau (16,0%).
- Regiões de prevalência moderada (entre 20 e 30%) correspondendo a uma situação nutricional precária: Tombali (26,9%), Quinara (26,7%), Biombo (26,5%), Bolama/Bijagós (24,3%), e Cacheu (26,2%).
- Regiões onde a situação nutricional é alarmante (prevalências entre 30 e 40%): Gabú (30,2%), Bafatá (32,3%) e Oio (35,4%).

Comparação com o inquérito SMART 2008

A análise da prevalência de desnutrição crónica resultantes destas duas pesquisas mostra que a situação é estável.

Figura 13: Comparação da prevalência do retardo do crescimento por região, entre SMART 2008 e SMART 2012, Guiné-Bissau



3 - Insuficiência Ponderal

A prevalência nacional da insuficiência ponderal é de 17,0% [15.6 - 18.5]. A nível regional as prevalências variam entre 11,2% em Bissau e 25,4% em Oio. A análise deste indicador permite classificar as regiões em duas categorias:

- Regiões onde a prevalência se situa entre 10 e 20% e onde a situação nutricional é considerada como “precária”: Tombali (13,3%), Quínara (15,9%), Biombo (10,2%), Bolama/Bijagós (12,6%), Cacheu (14,2%), Gabú (18,2%).
- Regiões onde a prevalência se situam entre os 20 e 30% e onde a situação nutricional é considerada “alarmante”: Bafatá (23,7%) e Oio (25,4%).

Como a desnutrição agrava o impacto da doença, uma grande proporção de mortes entre crianças de menos de 5 anos é-lhe imputável. Uma boa nutrição ajuda a fortalecer o sistema imunológico e promove o desenvolvimento motor e cognitivo. Convém, portanto, dar uma maior prioridade à nutrição nas atividades de desenvolvimento nacional para atingir os ODM (objetivos de desenvolvimento milénio) em geral e em particular o ODM 1.

Baixo peso é um indicador em jogo na consecução dos ODM 1, que é a eliminação da pobreza extrema e da fome. Alcançar este objectivo passa pela redução da prevalência da insuficiência ponderal. Além disso, a redução do baixo peso far-se-á pela luta contra a desnutrição aguda e retardo no crescimento.

Comparação com o inquérito SMART 2008

A comparação das prevalências resultantes de ambos os inquéritos revelou que o peso não sofreu alteração significativa entre 2008 e 2012 nas diferentes províncias, como mostra a figura abaixo.

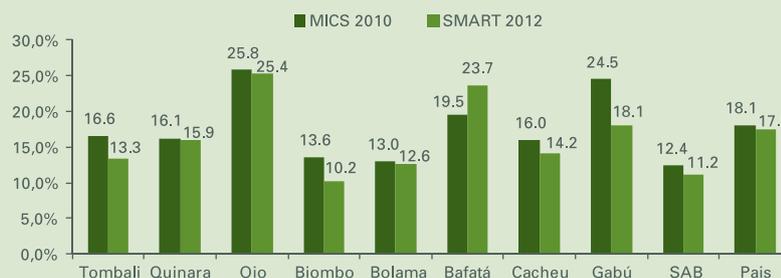
Figura 14: Comparação das prevalências de insuficiência ponderal por província (Leste, Norte, Sul e SAB), Guiné-Bissau SMART 2008 e SMART 2012



Comparação com o inquérito MICS 2010

A Figura 15 abaixo mostra que todas as prevalências regionais de insuficiência ponderal já estavam acima do limiar da precariedade a quando do MICS 2010

Figura 15: Comparação das prevalências da Insuficiência ponderal por região da Guiné-Bissau, MICS 2010 e SMART 2012



4 - Estado Nutricional Das Mulheres De 15 A 49 Anos

Estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos segundo o IMC

A avaliação do estado nutricional das mulheres de 15 a 49 anos não gestantes pelo IMC revelou que as regiões de Gabú (16,5%), Oio (16,3%) e Bafatá (14,3%), são as mais afetadas pelo baixo peso (IMC entre 16,0 e 18,4). Entretanto, em oposição a esta situação, o sobrepeso assume uma amplitude preocupante em todas as regiões, particularmente no SAB onde a prevalência atinge os 20%. O Sector Autónomo de Bissau é também a região mais afetada pela obesidade (13,4%), seguida de Cacheu (12%).

Desnutrição aguda entre mulheres de 15 a 49 anos, de acordo com o perímetro braquial

Mulheres grávidas e lactantes com um PB < 210 mm são consideradas como portadoras de uma desnutrição aguda moderada e são, por isso, alvo de programas de suplementação alimentar. De acordo com os resultados deste inquérito a prevalência nacional de desnutrição aguda moderada em mulheres grávidas e lactantes é de 1,2%, com as prevalências regionais variando entre 0,3% em Cacheu e 2,1% em Gabu.

A prevalência da desnutrição aguda grave (PB < 180mm) para todas as mulheres com idade entre 15-49 anos é muito baixa, com prevalências variando entre 0% nas regiões de Gabu e Cacheu e 1,2% em Tombali, enquanto a prevalência nacional é de 0,4%.

Desnutrição crónica, em mulheres de 15 a 49 anos de idade, segundo a altura

A prevalência nacional da desnutrição crónica é 1,3% com prevalências regionais variando de 0,4% para Bolama/Bijagós e 2,8% em Quinara.

5 - Alimentação do Lactente e da Criança Pequena (ALCP)

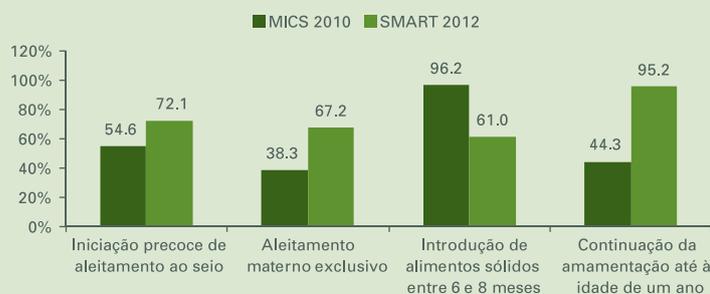
A proporção de início precoce da amamentação variou de 63,9% para Gabu e 89,1% em Tombali. O aleitamento materno exclusivo é praticado em 67,2% das crianças da amostra investigada. A continuação da amamentação até a idade de um ano é praticada em 95,2% das crianças de 0 a 23 anos inquiridas. A proporção de introdução de alimentos sólidos, semissólidos ou moles (como papas, bolachas, macarrão) entre os 6 e 8 meses, é praticada em 61% das crianças da nossa amostra. A diversidade alimentar mínima é observada em 10% das crianças participantes de 6 a 23 meses a nível nacional, enquanto apenas 11% receberam um mínimo aceitável de alimentos na véspera da investigação.

Comparação com o inquérito MICS 2010

A comparação dos resultados do inquérito SMART 2012 com o inquérito MICS 2010 revelou uma melhoria no nível de alguns indicadores de alimentação de lactentes e crianças pequenas tais como: início precoce da amamentação (que aumentou de 54,6% em 2010 para 72,1% em 2012), a amamentação exclusiva (que passou de 38,3% em 2010 para 67,2% em 2012), e a continuação da amamentação até a idade de um ano (que passou de 44,3%, em 2010, para 95,2%, em 2012).

Por outro lado, observou-se uma regressão em relação à introdução de alimentos sólidos, a partir dos seis meses, com uma proporção que diminuiu de 96,2% em 2010 para 44,3% em 2012.

Figura 16: Comparação das proporções do início do aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo, introdução de alimentos sólidos e aleitamento materno continuado até um ano, MICS 2010 e SMART 2012



6 - Cobertura da vacinação contra o sarampo, da suplementação de vitamina A e da desparasitação

A cobertura vacinal de sarampo atingiu a meta de 80% em todas as regiões, exceto no Oio (61,5%). A cobertura da suplementação de vitamina A e da desparasitação atingiu a meta de 90% na maioria das regiões, exceto Oio, Bafatá, Biombo e Bissau, onde ainda há esforços a fazer para uma melhoria da situação.

As coberturas da imunização, suplementação de vitamina A e da desparasitação encontradas no presente inquérito poderão dever-se ao efeito da campanha de vacinação e distribuição de vitamina entre 2 e 6 de dezembro de 2012, quando a coleta de dados estava em curso em algumas regiões. Na verdade, as regiões estão divididas em três categorias devido a esta situação:

- Regiões inquiridas antes do início da campanha de vacinação: SAB e Biombo,
- Regiões inquiridas durante a campanha de vacinação: Quinara, Oio, Bafatá,
- Regiões inquiridas após a campanha de vacinação: Bolama/Bijagós, Cacheu, Tombali e Gabú.

7 - Disponibilidade do sal iodado

A disponibilidade de sal iodado por região varia entre 2,8% e 75,8%, com uma disponibilidade nacional de 27,4%. Regiões com disponibilidade muito baixa (< 10%): Biombo (2,8%) e SAB (7,7%). As regiões de Tombali, Quinara, Oio, Bolama, Bafata e Cacheu têm uma disponibilidade do sal iodado a nível doméstico que varia entre os 18,4% e os 45,8%. A região de Gabu possui a maior disponibilidade (75,8%). Estes resultados mostram que a disponibilidade de sal iodado está longe de atingir os 90% de disponibilidade de sal iodado a nível doméstico preconizado pela iodação universal do sal.

Comparação com o inquérito MICS 2010

A comparação dos resultados do inquérito MICS 2010 com os do inquérito SMART 2012 mostra uma evolução ao nível das regiões. As regiões de Quinara, Tombali e Bafatá experimentaram uma diminuição da disponibilidade de sal iodado. A situação manteve-se estável a nível nacional e nas regiões de Oio, Biombo e SAB, enquanto um aumento na disponibilidade foi observado nas regiões de Cacheu e Gabu (ver Figura 17 abaixo). Além disso, os resultados da pesquisa mostraram que o objetivo de iodização universal do sal (90%) está longe de ser alcançado tanto a nível nacional como regional.

Figura 17: Comparação da disponibilidade do sal iodado por região e para todo o país, MICS 2010 e SMART 2012





Conclusão e Recomendações

Conclusão

O presente inquérito permitiu-nos ter um retrato da situação nutricional da Guiné-Bissau. A análise dos principais indicadores nutricionais medidos mostrou que a situação nutricional continua, em geral, precária. Esta precariedade deve-se à situação nutricional de certas regiões (Bafatá, Oio, Gabu, Bissau e Bolama) particularmente afetadas pela desnutrição aguda e pelas altas prevalências de desnutrição crónica e insuficiência ponderal que caracterizam quase todas as regiões do país.

Este inquérito permitiu igualmente constatar a continuada e progressiva degradação da situação nutricional no Sector Autónomo de Bissau.

As mulheres de 15 a 49 anos das regiões de Bafatá, Oio e Gabú são as mais afetadas pelo baixo peso. Esta constatação vem reconfirmar a vulnerabilidade destas regiões.

Este inquérito contribuiu também para quantificar a magnitude do excesso de peso em mulheres com idade entre 15-49 anos na Guiné-Bissau. O sobrepeso e a obesidade devem agora ser considerados na Guiné-Bissau como fenómenos mórbidos, que ameaçam a saúde das populações, particularmente no Sector Autónomo de Bissau.

Os resultados mostraram uma melhoria ao nível de certos indicadores de alimentação de lactentes e crianças pequenas, tais como: o início precoce da amamentação, o aleitamento materno exclusivo e a continuação da amamentação até à idade de um ano.

A cobertura da vacinação contra o sarampo em crianças com idades entre 9-59 meses foi superior a 80% (alvo OMS) na maioria das regiões, excetuando a região de Oio. Este resultado deve conduzir as autoridades de saúde e parceiros a tomar as providências necessárias para a melhoria da cobertura ao nível desta região.

A cobertura de suplementação de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses atingiu os 90% nas regiões de Tombali, Quínara, Bolama/Bijagós, Cacheu e Gabú. Por outro lado, continua baixa no SAB e nas regiões de Biombo, Oio e Bafatá.

A cobertura de desparasitação em crianças de 12 a 59 meses encontra-se na mesma situação que a suplementação de vitamina A.

A proporção de agregados que utilizou sal iodado para cozinhar, na véspera da passagem dos inquiridores, foi muito baixa em todas as regiões e altamente variável de uma região para outra.

Recomendações

À luz dos resultados acima mencionados, surgem as seguintes recomendações:

- Fortalecer a gestão da desnutrição aguda com a abertura de mais centros de recuperação nutricional (CRENAG e CRENAM), para aumentar a cobertura geográfica;
- Implementar um verdadeiro programa de nutrição nas regiões onde o estado nutricional é considerado precário (Bafatá, Oio, Gabu e Bissau). Este programa deve ter todos os componentes previstos pela estratégia de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda (GIDA);
- Implementar um sistema de rastreio ativo (triagem na Comunidade) e encaminhamento de casos de desnutrição (moderada e severa) para centros nutricionais (GIDA);
- Reforçar o sistema de rastreio passivo a nível dos Centros de Saúde, através da formação e sensibilização dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico de casos de desnutrição aguda e rede de suporte (GIDA);
- Reforçar a vigilância nutricional através de:
 - Sistema de vigilância de rotina;
 - Realização de um inquérito nutricional com metodologia SMART bienal (a cada dois anos);
- Elaborar um plano estratégico de comunicação para a mudança de comportamento das comunidades, particularmente nas regiões onde a situação nutricional é considerada como precária;
- Elaborar e implementar um plano estratégico para melhorar a Alimentação do Lactente e da Criança Pequena;
- Integrar no currículo escolar a componente “Nutrição”, para permitir que as crianças adquiram, desde muito novas, conhecimentos de base sobre boas práticas alimentares;
- Planificar e orientar as intervenções de “Nutrição” tendo em conta a situação nutricional descrita pelos resultados do Inquérito SMART 2012;
- Fazer Advocacia para a abertura das escolas de formação de profissionais de Nutrição;
- Criar uma unidade nacional multisectorial para combater a desnutrição;
- Ter em conta a estratégia regional e global SUN (Scale Up Nutrition).
- Elaborar um plano de luta contra o sobrepeso e a obesidade visando prioritariamente o SAB;
- Reforçar as ações em favor da iodação universal do sal de cozinha em todas as regiões, sobretudo nas zonas costeiras, onde a população faz a extração tradicional do sal, e no SAB.
- Aplicar a legislação nacional sobre a iodação do sal, visando facilitar a disponibilidade de sal iodado ao nível das famílias, e uma evolução rápida para a iodação universal do sal;
- Reforçar a qualidade das campanhas de distribuição de vitamina A e de desparasitação visando atingir todos os alvos.

Referências Bibliográficas

- 1 Apresentação da República da Guiné-Bissau
<http://www.tlfg.ulaval.ca/axl/afrique/guinee-bissau.htm>
- 2 Guiné-Bissau, situação geográfica.
http://www.studentsoftheworld.info/informations_pays.php?Pays=GNB&Opt=climat
- 3 Apresentação da Guiné-Bissau
<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo/guinee-bissao/presentation-de-la-guinee-bissao/>
- 4 UNDP. Sustainability and Equity: A Better Future for All. Human Development Report 2011.
- 5 Instituto Nacional de Estatística. Recenseamento Geral de População e da Habitação (RGPH), República da Guiné-Bissau. Relatório final: 2009.
- 6 Instituto Nacional de Estatística. Inquérito MICS II, República da Guiné-Bissau, Relatório final: 2006.
- 7 Ministério da Saúde Pública, UNICEF. Inquérito nutricional nacional (SMART) República da Guiné-Bissau. Relatório final 2008.
- 8 PAM. Avaliação aprofundada da segurança alimentar e da vulnerabilidade dos agregados rurais na Guiné-Bissau. Relatório final 2011.
- 9 Instituto Nacional de Estatística. Inquérito MICS III, República da Guiné-Bissau, Relatório final 2010.
- 10 Méthodologie SMART. Logiciel ENA : www.nutrisurvey.de/ena/ena.html.
- 11 Manuel SMART version 1. Mesure de la Mortalité, du Statut Nutritionnel et de la Sécurité Alimentaire en Situations de Crise. Avril 2006.
- 12 Save the children. Évaluation nutritionnelle en situation d'urgence, 1 St John's Lane London EC1M 4AR. 2006.
- 13 OMS. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : conclusions d'une réunion de consensus du 6 au 8 novembre 2007, à Washington, D.C., États-Unis d'Amérique.



Anexos

1 - Relatório de plausibilidade

Tombali

Teste de plausibilidade: GNB_1212_TOM.as

Standard/Referência utilizada para o cálculo dos z-scores: Standards OMS 2006

(Exceto onde especificado, dados não-padrão estão incluídos na avaliação). Algumas partes do relatório de plausibilidade são destinadas a usuários mais avançados e podem ser ignoradas durante as avaliações padrão)

Qualidade global dos dados

Critérios	Flags*	Unité	Excel.	Bon	Accept.	Problématique	Score
Données mqtes/ hors-normes	Incl.	%	0-2,5	> 2,5-5,0	> 5,0-10	> 10	
(% de sujets dans la fourchette)			0	5	10	20	0 (0,9 %)
Overall Sex-ratio	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	0 (p = 0,440)
Overall Age distrib.	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	10 (p = 0,000)
Score préf. num.-poids	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (4)
Score préf. num.-taille	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (3)
Écart-type PTZ	Excl.	ET	< 1,1	< 1,15	< 1,20	> 1,20	
			0	2	6	20	0 (0,91)
C. asymétrie PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (-0,17)
C. aplatissement PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (0,23)
Poisson dist. PTZ-2	Excl.	p	> 0,05	> 0,01	> 0,001	< 0,000	
			0	1	3	5	0 (p = 0,537)
Timing	Excl. indéterminé		0	1	3	5	
SCORE GLOGAL PTZ =			0-5	5-10	10-15	> 15	10 %

À cet instant le score global de cette enquête est de 10 %, ce qui est bon.

Quinara

Teste de plausibilidade: GNB_1112_QUIN.as

Standard/Referência utilizada para o cálculo dos z-scores: Standards OMS 2006

(Exceto onde especificado, dados não-padrão estão incluídos na avaliação). Algumas partes do relatório de plausibilidade são destinadas a usuários mais avançados e podem ser ignoradas durante as avaliações padrão)

Qualité globale des données

Critères	Flags*	Unité	Excel.	Bon	Accept.	Problématique	Score
Données mqtes/ hors-normes	Incl.	%	0-2,5	> 2,5-5,0	> 5,0-10	> 10	
(% de sujets dans la fourchette)			0	5	10	20	0 (0,6 %)
Overall Sex-ratio	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	0 (p = 0,349)
Overall Age distrib.	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	4 (p = 0,016)
Score préf. num.-poids	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (3)
Score préf. num.-taille	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	2 (6)
Écart-type PTZ	Excl.	ET	< 1,1	< 1,15	< 1,20	> 1,20	
			0	2	6	20	0 (0,93)
C. asymétrie PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (-0,11)
C. aplatissement PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (-0,04)
Poisson dist. PTZ-2	Excl.	p	> 0,05	> 0,01	> 0,001	< 0,000	
			0	1	3	5	1 (p = 0,027)
Timing	Excl. indéterminé		0	1	3	5	
SCORE GLOGAL PTZ =			0-5	5-10	10-15	> 15	7 %

À cet instant le score global de cette enquête est de 7 %, ce qui est bon.

Oio

Teste de plausibilidade: GNB_1112_OIO.as

Standard/Referência utilizada para o cálculo dos z-scores: Standards OMS 2006

(Exceto onde especificado, dados não-padrão estão incluídos na avaliação). Algumas partes do relatório de plausibilidade são destinadas a usuários mais avançados e podem ser ignoradas durante as avaliações padrão)

Qualité globale des données

Critères	Flags*	Unité	Excel.	Bon	Accept.	Problématique	Score
Données mqtes/ hors-normes	Incl.	%	0-2,5	> 2,5-5,0	> 5,0-10	> 10	
(% de sujets dans la fourchette)			0	5	10	20	0 (0,5 %)
Overall Sex-ratio	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	4 (p = 0,028)
Overall Age distrib.	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	4 (p = 0,010)
Score préf. num.-poids	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (3)
Score préf. num.-taille	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	2 (7)
Écart-type PTZ	Excl.	ET	< 1,1	< 1,15	< 1,20	> 1,20	
			0	2	6	20	0 (0,99)
C. asymétrie PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (-0,04)
C. aplatissement PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (0,00)
Poisson dist. PTZ-2	Excl.	p	> 0,05	> 0,01	> 0,001	< 0,000	
			0	1	3	5	1 (p = 0,017)
Timing	Excl. indéterminé		0	1	3	5	
SCORE GLOGAL PTZ =			0-5	5-10	10-15	> 15	11 %

À cet instant le score global de cette enquête est de 11 %, ce qui est acceptable.

Biombo

Teste de plausibilidade: GNB_1112_BIO.as

Standard/Referência utilizada para o cálculo dos z-scores: Standards OMS 2006

(Exceto onde especificado, dados não-padrão estão incluídos na avaliação). Algumas partes do relatório de plausibilidade são destinadas a usuários mais avançados e podem ser ignoradas durante as avaliações padrão)

Qualité globale des données

Critères	Flags*	Unité	Excl.	Bon	Accept.	Problématique	Score
Données mqtes/ hors-normes	Incl.	%	0-2,5	> 2,5-5,0	> 5,0-10	> 10	
(% de sujets dans la fourchette)			0	5	10	20	0 (0,5 %)
Overall Sex-ratio	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	0 (p = 0,228)
Overall Age distrib.	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	4 (p = 0,025)
Score préf. num.-poids	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (4)
Score préf. num.-taille	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0		4	10	2 (7)
Écart-type PTZ	Excl.	ET	< 1,1	< 1,15	< 1,20	> 1,20	
			0	2	6	20	0 (0,95)
C. asymétrie PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (0,05)
C. aplatissement PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (0,49)
Poisson dist. PTZ-2	Excl.	p	> 0,05	> 0,01	> 0,001	< 0,000	
			0	1	3	5	0 (p = 0,945)
Timing	Excl. indéterminé		0	1	3	5	
SCORE GLOGAL PTZ =			0-5	5-10	10-15	> 15	6 %

À cet instant le score global de cette enquête est de 6 %, ce qui est bon.

Bolama-Bijagós

Teste de plausibilidade: GNB_1212_BOL.as

Standard/Referência utilizada para o cálculo dos z-scores: Standards OMS 2006

(Exceto onde especificado, dados não-padrão estão incluídos na avaliação). Algumas partes do relatório de plausibilidade são destinadas a usuários mais avançados e podem ser ignoradas durante as avaliações padrão)

Qualité globale des données

Critères	Flags*	Unité	Excel.	Bon	Accept.	Problématique	Score
Données mqtes/ hors-normes	Incl.	%	0-2,5	> 2,5-5,0	> 5,0-10	> 10	
(% de sujets dans la fourchette)			0	5	10	20	0 (0,5 %)
Overall Sex-ratio	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	0 (p = 0,277)
Overall Age distrib.	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	2 (p = 0,097)
Score préf. num.-poids	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (4)
Score préf. num.-taille	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	2 (8)
Écart-type PTZ	Excl.	ET	< 1,1	< 1,15	< 1,20	> 1,20	
			0	2	6	20	0 (0,93)
C. asymétrie PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (-0,04)
C. aplatissement PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (-0,02)
Poisson dist. PTZ-2	Excl.	p	> 0,05	> 0,01	> 0,001	< 0,000	
			0	1	3	5	0 (p = 0,688)
Timing	Excl. indéterminé		0	1	3	5	
SCORE GLOGAL PTZ =			0-5	5-10	10-15	> 15	4 %

À cet instant le score global de cette enquête est de 4 %, ce qui est excellent.

Bafatá

Teste de plausibilidade: GNB_1112_BAF.as

Standard/Referência utilizada para o cálculo dos z-scores: Standards OMS 2006

(Exceto onde especificado, dados não-padrão estão incluídos na avaliação). Algumas partes do relatório de plausibilidade são destinadas a usuários mais avançados e podem ser ignoradas durante as avaliações padrão)

Qualité globale des données

Critères	Flags*	Unité	Excl.	Bon	Accept.	Problématique	Score
Données mqtes/ hors-normes	Incl.	%	0-2,5	> 2,5-5,0	> 5,0-10	> 10	
(% de sujets dans la fourchette)			0	5	10	20	0 (0,7 %)
Overall Sex-ratio	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	0 (p = 0,830)
Overall Age distrib.	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	0 (p = 0,300)
Score préf. num.-poids	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (3)
Score préf. num.-taille	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (3)
Écart-type PTZ	Excl.	ET	< 1,1	< 1,15	< 1,20	> 1,20	
			0	2	6	20	0 (0,96)
C. asymétrie PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (-0,02)
C. aplatissement PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (0,21)
Poisson dist. PTZ-2	Excl.	p	> 0,05	> 0,01	> 0,001	< 0,000	
			0	1	3	5	1 (p = 0,022)
Timing	Excl. indéterminé		0	1	3	5	
SCORE GLOGAL PTZ =			0-5	5-10	10-15	> 15	1 %

À cet instant le score global de cette enquête est de 1 %, ce qui est excellent.

Cacheu

Teste de plausibilidade: GNB_1212_CAC.as

Standard/Referência utilizada para o cálculo dos z-scores: Standards OMS 2006

(Exceto onde especificado, dados não-padrão estão incluídos na avaliação). Algumas partes do relatório de plausibilidade são destinadas a usuários mais avançados e podem ser ignoradas durante as avaliações padrão)

Qualité globale des données

Critères	Flags*	Unité	Excel.	Bon	Accept.	Problématique	Score
Données mqtes/ hors-normes	Incl.	%	0-2,5	> 2,5-5,0	> 5,0-10	> 10	
(% de sujets dans la fourchette)			0	5	10	20	0 (0,2 %)
Overall Sex-ratio	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	0 (p = 0,538)
Overall Age distrib.	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	0 (p = 0,454)
Score préf. num.-poids	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (2)
Score préf. num.-taille	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (2)
Écart-type PTZ	Excl.	ET	< 1,1	< 1,15	< 1,20	> 1,20	
			0	2	6	20	0 (0,95)
C. asymétrie PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (0,26)
C. aplatissement PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (0,24)
Poisson dist. PTZ-2	Excl.	p	> 0,05	> 0,01	> 0,001	< 0,000	
			0	1	3	5	0 (p = 0,059)
Timing	Excl. indéterminé		0	1	3	5	
SCORE GLOGAL PTZ =			0-5	5-10	10-15	> 15	0 %

À cet instant le score global de cette enquête est de 0 %, ce qui est excellent.

Gabu

Teste de plausibilidade: GNB_1212_GAB.as

Standard/Referência utilizada para o cálculo dos z-scores: Standards OMS 2006

(Exceto onde especificado, dados não-padrão estão incluídos na avaliação). Algumas partes do relatório de plausibilidade são destinadas a usuários mais avançados e podem ser ignoradas durante as avaliações padrão)

Qualité globale des données

Critères	Flags*	Unité	Excel.	Bon	Accept.	Problématique	Score
Données mqtes/ hors-normes	Incl.	%	0-2,5	> 2,5-5,0	> 5,0-10	> 10	
(% de sujets dans la fourchette)			0	5	10	20	0 (0,4 %)
Overall Sex-ratio	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	0 (p = 0,745)
Overall Age distrib.	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	4 (p = 0,046)
Score préf. num.-poids	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (4)
Score préf. num.-taille	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	0 (4)
Écart-type PTZ	Excl.	ET	< 1,1	< 1,15	< 1,20	> 1,20	
			0	2	6	20	0 (0,96)
C. asymétrie PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (0,19)
C. aplatissement PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (0,00)
Poisson dist. PTZ-2	Excl.	p	> 0,05	> 0,01	> 0,001	< 0,000	
			0	1	3	5	0 (p = 0,272)
Timing	Excl. indéterminé		0	1	3	5	
SCORE GLOGAL PTZ =			0-5	5-10	10-15	> 15	4 %

À cet instant le score global de cette enquête est de 4 %, ce qui est excellent.

SAB

Teste de plausibilidade: GNB_1112_GAB.as

Standard/Referência utilizada para o cálculo dos z-scores: Standards OMS 2006

(Exceto onde especificado, dados não-padrão estão incluídos na avaliação). Algumas partes do relatório de plausibilidade são destinadas a usuários mais avançados e podem ser ignoradas durante as avaliações padrão)

Qualité globale des données

Critères	Flags*	Unité	Excel.	Bon	Accept.	Problématique	Score
Données mqtés/ hors-normes	Incl.	%	0-2,5	> 2,5-5,0	> 5,0-10	> 10	
(% de sujets dans la fourchette)			0	5	10	20	0 (0,7 %)
Overall Sex-ratio	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	0 (p = 0,453)
Overall Age distrib.	Incl.	p	> 0,1	> 0,05	> 0,001	< 0,000	
(Chi carré significatif)			0	2	4	10	4 (p = 0,023)
Score préf. num.-poids	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	2 (6)
Score préf. num.-taille	Incl.	#	0-5	5-10	10-20	> 20	
			0	2	4	10	4 (13)
Écart-type PTZ	Excl.	ET	< 1,1	< 1,15	< 1,20	> 1,20	
			0	2	6	20	0 (0,99)
C. asymétrie PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (-0,02)
C. aplatissement PTZ	Excl.	#	<± 1,0	<± 2,0	<± 3,0	>± 3,0	
			0	1	3	5	0 (0,12)
Poisson dist. PTZ-2	Excl.	p	> 0,05	> 0,01	> 0,001	< 0,000	
			0	1	3	5	0 (p = 0,305)
Timing	Excl. indéterminé		0	1	3	5	
SCORE GLOCAL PTZ =			0-5	5-10	10-15	> 15	10 %

À cet instant le score global de cette enquête est de 10 %, ce qui est bon.

2 - Resultados do teste de padronização

Grupo 1

Report for Evaluation of Enumerators

Peso:

	Precision: Sum of Square [W2-W1]	Accuracy: Sum of Square [Superv. (W1 + W2) - Enum. (W1 + W2)]	No. +/- Precision	No. +/- Accuracy
Supervisor	0,25		2/8	
Enumerator 1	3,37 POOR	3,78 POOR	4/6	7/2
Enumerator 2	0,37 OK	1,58 POOR	6/2	5/4
Enumerator 3	0,38 OK	0,17 OK	2/6	6/3
Enumerator 4	0,15 OK	0,20 OK	1/5	5/2
Enumerator 5	0,43 OK	0,12 OK	2/8	5/1
Enumerator 6	0,26 OK	0,51 OK	4/5	5/4
Enumerator 7	0,87 POOR	0,94 POOR	1/8	5/2
Enumerator 8	0,25 OK	0,42 OK	2/6	3/5
Enumerator 9	0,33 OK	0,14 	2/6	4/4
Enumerator 10	0,22 OK	0,65 OK	5/3	4/5
Enumerator 11	0,54 POOR	0,23 OK	4/6	3/3
Enumerator 12	5184,22 POOR	5212,97 POOR	6/3	3/4
Enumerator 13	0,70 POOR	0,53 OK	2/8	3/2
Enumerator 14	6162,98 POOR	6179,35 POOR	4/5	4/4

Altura:

	Precision: Sum of Square [H2-H1]	Accuracy: Sum of Square [Superv. (H1 + H2) - Enum. (H1 + H2)]	No. +/- Precision	No. +/- Accuracy
Supervisor	0,85		6/2	
Enumerator 1	4,66 POOR	11,57 POOR	4/5	0/10
Enumerator 2	4,20 POOR	12,17 POOR	4/4	0/9
Enumerator 3	5,25 POOR	10,42 POOR	8/2	1/9
Enumerator 4	4,09 POOR	7,18 POOR	6/2 	1/9
Enumerator 5	3,06 POOR	6,87 POOR	6/2	4/5
Enumerator 6	10142,20 POOR	9654,48 POOR	5/3	1/9
Enumerator 7	4,64 POOR	8,93 POOR	8/1	2/8
Enumerator 8	1,37 OK	15,66 POOR	2/7	0/10
Enumerator 9	3109,87 POOR	3287,42 POOR	4/6	1/9
Enumerator 10	98,17 POOR	136,16 POOR	4/4	1/9
Enumerator 11	214,10 POOR	178,95 POOR	7/2	4/6
Enumerator 12	54,06 POOR	54,51 POOR	8/2	4/6
Enumerator 13	9962,27 POOR	9630,26 POOR	7/1	1/8
Enumerator 14	8247,15 POOR	8289,76 POOR	5/4	0/10

MUAC:

	Precision: Sum of Square [MUAC2-MUAC1]	Accuracy: Sum of Square [Superv. (MUAC1 + MUAC2) - Enum. (MUAC1 + MUAC2)]	No. +/- Precision	No. +/- Accuracy
Supervisor	159,00		3/5	
Enumerator 1	74,00 OK	1141,00 POOR	1/7	9/1
Enumerator 2	100,00 OK	1167,00 POOR	3/6	10/0
Enumerator 3	111,00 OK	5858,00 POOR	6/3	10/0
Enumerator 4	209,00 OK	2530,00 POOR	5/4	10/0
Enumerator 5	51,00 OK	1374,00 POOR	4/5	10/0
Enumerator 6	69,00 OK	822,00 POOR	2/6	10/0
Enumerator 7	92,00 OK	457,00 OK	2/8	8/2
Enumerator 8	121,00 OK	400,00 OK	3/6	4/4
Enumerator 9	371,00 POOR	876,00 POOR	3/5	10/0
Enumerator 10	195,00 	1774,00 POOR	6/2	9/0
Enumerator 11	196,00 OK	1913,00 POOR	5/5	10/0
Enumerator 12	485,00 POOR	3310,00 POOR	6/4	10/0
Enumerator 13	132,00 OK	2075,00 POOR	3/6	10/0
Enumerator 14	2482,00 POOR	4061,00 POOR	10/0	9/1

For evaluating the enumerators the precision and the accuracy of their measurements is calculated.

For precision the sum of the square of the differences for the double measurements is calculated. This value should be less than two times the precision value of the supervisor.

For the accuracy the sum of the square of the differences between the enumerator values (weight 1 + weight 2) and the supervisor values (weight 1 + weight 2) is calculated. This value should be less than three times the precision value of the supervisor.

To check for systematic errors of the enumerators the number of positive and negative deviations can be used.

Grupo 2**Rapport d'évaluation des enquêteurs****Peso:**

	Precision: Sum of Square [W2-W1]	Accuracy: Sum of Square [Superv. (W1 + W2) - Enum. (W1 + W2)]	No. +/- Precision	No. +/- Accuracy
Supervisor	0,35		4/4	
Enumerator 1	0,85 POOR	0,76 OK	3/5	2/4
Enumerator 2	0,12 OK	0,51 OK	3/3	4/4
Enumerator 3	0,57 OK	0,34 OK	2/7	3/7
Enumerator 4	0,66 OK	1,55 POOR	2/5	4/6
Enumerator 5	 0,41 OK	0,46 OK	2/6	1/4
Enumerator 6	0,74 POOR	0,69 OK	1/2	5/5
Enumerator 7	0,53 OK	0,52 OK	0/9	2/8
Enumerator 8	0,11 OK	0,44 OK	1/4	3/7
Enumerator 9	7,35 POOR	9,14 POOR	2/2	2/6
Enumerator 10	9,33 POOR	45,94 POOR	2/3	3/7
Enumerator 11	0,14 OK	0,19 OK	0/3	3/6
Enumerator 12	1,92 POOR	1,35 POOR	2/5	6/3

Altura:

	Precision: Sum of Square [H2-H1]	Accuracy: Sum of Square [Superv. (H1 + H2) - Enum. (H1 + H2)]	No. +/- Precision	No. +/- Accuracy
Supervisor	3,91		7/3	
Enumerator 1	35,00 POOR	69,35 POOR	3/4	6/4
Enumerator 2	103,63 POOR	123,84 POOR	3/6	5/4
Enumerator 3	59,37 POOR	169,10 POOR	5/5	4/6
Enumerator 4	32,24 POOR	37,69 POOR	8/1	4/5
Enumerator 5	6849,26 POOR	6560,95 POOR	7/3	3/7
Enumerator 6	681,86 POOR	820,59 POOR	2/1	5/5
Enumerator 7	5,00 OK	17,53 POOR	5/3	4/6
Enumerator 8	105,39 POOR	102,68 POOR	8/1	6/4
Enumerator 9	0,25 OK	60,00 POOR	1/0	6/4
Enumerator 10	2168,62 POOR	2165,05 POOR	5/1	7/3
Enumerator 11	4,83 OK	20,88 POOR	7/2	4/6
Enumerator 12	30,73 POOR	69,50 POOR	5/5	4/6

MUAC:

	Precision: Sum of Square [MUAC2-MUAC1]	Accuracy: Sum of Square [Superv. (MUAC1 + MUAC2) - Enum. (MUAC1 + MUAC2)]	No. +/- Precision	No. +/- Accuracy
Supervisor	126,00		3/5	
Enumerator 1	139,00 OK	327,00 OK	4/5	6/3
Enumerator 2	252,00 OK	284,00 OK	4/5	8/1
Enumerator 3	83,00 OK	425,00 POOR	7/1	4/6
Enumerator 4	131,00 OK	353,00 OK	1/8	8/2
Enumerator 5	11877,00 POOR	9683,00 POOR	2/8	8/2
Enumerator 6	122,00 OK	43068,00 POOR	1/1	9/1
Enumerator 7	484,00 POOR	774,00 POOR	2/6	8/2
Enumerator 8	224,00 OK	226,00 OK	2/7	5/4
Enumerator 9	0,00 OK	1846,00 POOR	0/0	6/4
Enumerator 10	Error	Error	2/4	8/2
Enumerator 11	594,00 POOR	900,00 POOR	4/3	6/3
Enumerator 12	1013,00 POOR	1027,00 POOR	6/3	8/2

3 - Calendário de eventos

Cada região inquirida tinha o seu calendário de eventos locais

O calendário de eventos apresentado aqui em baixo é o do SAB

Calendários dos principais eventos na GUINÉ-BISSAU

Estação / activ. Agrícola	Festas religiosas	outros eventos	Eventos locais	Mês/Anos	Idade (meses)
Fim de chuvas		Reinício aulas (7)		Novembro 12	0
	Tabaski (26)	Assaltoparacomandos (21)		Outubro 12	1
No meio da estação da chuva		Início ano letivo (17), Festa Independência (24)		Setembro 12	2
Fim da colheita caju, fim apicultura	Laila, Ramadão (18)	Massacre de Pidjiguiti (3), fim ano letivo		Agosto 12	3
Início da lavoura arroz local		Campanha Vit.A, mebendazol (5-8)		Julho 12	4
Fim da estação seca - Início chuva	Sto. António (13)	Festa criança(1), Retirada MISSANG		Junho 12	5
Colheita de caju	N. Sra. Fátima (13)	Festa trabalhadores (1)	Início fonio no Leste	Maio 12	6
Início da colheita de caju	Domingo de ramos (1), Páscoa (8)	Golpe estado (12)	Produção sal - Oio	Abril 12	7
Estação seca	S. José (19)	Presidenciais (18), Dia do pai (19)		Março 12	8
Fim da colheita de arroz	S. Valentim (14), 4. ^a feira cinzas (22)	Carnaval dia 21		Fevereiro 12	9
Estação seca	Ano novo	Ano novo, Morte presidente Malam Bacai Sanhá		Janeiro 12	10
Início estação seca	Natal (25)	Tentativa golpe estado		Dezembro 11	11
Fim de chuvas	Dia defuntos (2), Tabaski (28)			Novembro 11	12
		Início ano letivo (5)		Outubro 11	13
No meio da estação da chuva	Laila, Ramadão	Festa independência (24)		Setembro 11	14
Fim da colheita de caju		Massacre de Pidjiguiti (3)		Agosto 11	15
Início da lavoura arroz local		Fim de apicultura		Julho 11	16
Fim de estação seca - início chuva	Sto. António (13)	Festa criança (1)		Junho 11	17
Colheita de Caju	Nossa Sra. Fátima (13)	Festa trabalhadores (1)	Início fonio no Leste	Maio 11	18
Início da colheita de caju	Domingo de ramos (17), Páscoa (24)		Produção sal - Oio	Abril 11	19
Estação seca	4. ^a feira de cinzas (9), S.José (19)	Carnaval (8), Dia do pai (19)		Março 11	20
Fim da colheita de arroz	S. Valentim			Fevereiro 11	21
Estação seca	Ano novo	Ano novo		Janeiro 11	22
Início estação seca	Tabaski, Natal (25)			Dezembro 10	23
Fim de chuvas	Dia defuntos (2)			Novembro 10	24
	Laila, Ramadão		Início ano letivo (1)	Outubro 10	25
No meio da estação da chuva		Festa Independência (24)		Setembro 10	26

Fim da colheita de caju		Massacre Pidjiguiti (3)		Agosto 10	27
Início da lavoura arroz local		Fim de apicultura		Julho 10	28
Fim de estação seca - início chuva	Stº. António (13)	Festa crianças (1)		Junho 10	29
Colheita de caju	Nossa Sra. Fátima (13)	Festa trabalhadores (1)	Início fonio no Leste	Maio 10	30
Início da colheita de caju	Páscoa dia (4)	Tentativa golpe estado (1)	Produção sal - Oio	Abril 10	31
Estação seca	Dia do pai/S. José (19), Domingo de			Março 10	32
Fim da colheita de arroz	S. Valentim (14), 4.ª feira de cinzas (17)	Carnaval dia 16		Fevereiro 10	33
Estação seca	Ano novo			Janeiro 10	34
Início estação seca	Natal (25)			Dezembro 09	35
Fim de chuvas	Dia defuntos (2), Tabaski			Novembro 09	36
				Outubro 09	37
No meio da estação da chuva	Laila, Ramadão	Festa Independência (24)		Setembro 09	38
Fim da colheita caju, Fim apicultura		Massacre Pidjiguiti (3)		Agosto 09	39
Início da lavoura arroz local		Eleições Presidenciais antecipadas (18)		Julho 09	40
Fim de estação seca - início chuva	Sto. António (13)	Festa criança (1)		Junho 09	41
Colheita de caju	Nossa Sra. Fátima (13)	Festa trabalhadores (1)	Início fonio no Leste	Maio 09	42
Início da colheita de caju	Domingo de ramos(5), Páscoa (12)		Produção sal - Oio	Abril 09	43
Estação seca	S. José (19)	Assassinato Tagma e Nino		Março 09	44
Fim da colheita de arroz	4.ª feira de cinzas (6), S. Valentim (14)	Carnaval (5), RGPH (15-30)		Fevereiro 09	45
Estação seca	Ano novo			Janeiro 09	45
Início estação seca	Natal (25)			Dezembro 08	47
Fim de chuvas	Dia defuntos (2), Tabaski	Legislativas (19), Tentativa golpe estado (23)		Novembro 08	48
				Outubro 08	49
No meio da estação da chuva	Laila, Fim do Ramadão (12)	Festa Independência (24)		Setembro 08	50
Fim da colheita caju, fim apicultura		Massacre Pidjiguiti (3)		Agosto 08	51
Início da lavoura arroz local				Julho 08	52
Fim de estação seca - início chuva	Sto. António (13)	Festa criança (1)		Junho 08	53
Colheita de caju	Nossa Sra. Fátima (13)	Festa trabalhadores (1)	Início fonio no Leste	Maio 08	54
Início da colheita de caju			Produção sal - Oio	Abril 08	55
Estação seca	Domingo de Ramos (16), Páscoa (23)			Março 08	56
Fim da colheita de arroz	S. Valentim (14)	Carnaval		Fevereiro 08	57
Estação seca	Ano novo			Janeiro 08	58
	Tabaski, Natal (25)			Dezembro 07	59
				Novembro 07	60

2 - Questionário ALCP

ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE E DA CRIANÇA PEQUENA

Segundo inquérito nacional sobre o estado nutricional, Guiné-Bissau outubro-dezembro 2012

Região:		Bairro/Tabanca:		
Data do inquérito :		Grappe:	Equipa:	
301	Incluir todas as crianças com menos de 24 meses Fazer todas as perguntas abaixo à mãe da criança. Fazer todas as perguntas			
	Nome da criança	_____	_____	_____
302	Número da criança (consulte as especificações de composição do agregado familiar)	NÚMERO ID Agreg _____	NÚMERO ID Agreg _____	NÚMERO ID Agreg _____
304	Sexo da criança	Masculino=M Feminino=F _____	Masculino=M Feminino=F _____	Masculino=M Feminino=F _____
304	Idade da criança em meses	IDADE EM MESES__	IDADE EM MESES__	IDADE EM MESES__
305	Amamentou (NOME) depois do parto?	SIM.....1 NÃO2 (PASSAR À 309)	SIM.....1 NÃO2 (PASSAR À 309)	SIM.....1 NÃO2 (PASSAR À 309)
306	Quanto tempo depois do nascimento colocou (NOME) na mama pela primeira vez? Se menos de 1 hora, anotar "00" hora Se menos de 24 horas, anotar o número de horas Se mais de 24 horas, anotar o número de dias	IMEDIATAMENTE <30 min.....000 HORAS 1 ___ __ DIASS 2 ___ __ NÃO SABE.....998	IMEDIATAMENTE <30 min.....000 HORAS 1 ___ __ DIASS 2 ___ __ NÃO SABE.....998	IMEDIATAMENTE <30 min.....000 HORAS 1 ___ __ DIASS 2 ___ __ NÃO SABE.....998
307	Continua a amamentar (NOME)	SIM.....1 (PASSAR À 309) NÃO2	SIM.....1 (PASSAR À 309) NÃO2	SIM.....1 (PASSAR À 309) NÃO2
308	Durante quantos meses amamentou (NOME)?	MESES.....__ NÃO SABE.....98	MESES.....__ NÃO SABE.....98	MESES.....__ NÃO SABE.....98
309	(NOME) bebeu qualquer coisa no biberão ontem durante o dia ou noite?	SIM.....1 NÃO2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO2 NÃO SABE.....8
310	Agora gostaria de lhe perguntar que líquido (NOME) bebeu ontem durante o dia ou noite?			
	(NOME) bebeu :	SIM NÃO NS	SIM NÃO NS	SIM NÃO NS
	a. Água ?	a. 1 2 8	a. 1 2 8	a. 1 2 8
	b. Leite artificial para bebés (como Nursie, Guigoz, Nan, etc...) ?	b. 1 2 8	b. 1 2 8	b. 1 2 8
	c. Qualquer tipo de leite como leite em pacote, em pó, ou leite fresco ?	c. 1 2 8	c. 1 2 8	c. 1 2 8
	d. Sumo de fruta ?	d. 1 2 8	d. 1 2 8	d. 1 2 8
	e. Chá, café ?	e. 1 2 8	e. 1 2 8	e. 1 2 8
	f. Outros líquidos como água açucarada, bebidas com gás ou caldos	f. 1 2 8	f. 1 2 8	f. 1 2 8

311	Agora gostaria de perguntar que alimento (NOME) recebeu durante o dia ou noite												
		SIM NÃO NS			SIM NÃO NS			SIM NÃO NS					
	a. papas, pão, bolachas, donetes, inhame, mandioca, arroz, milho, cuscuz, massa?	a.	1	2	8	a.	1	2	8	a.	1	2	8
	b. Mancarra, feijões, sésamo, lentilhas, castanha de caju, ou outras nozes ou leguminosas?	b.	1	2	8	b.	1	2	8	b.	1	2	8
	c. Lacticínios - queijo, iogurte, natas ou leite dormido?	c.	1	2	8	c.	1	2	8	c.	1	2	8
	d. Carne, aves, peixe, fígado, miúdos, camarão, lagosta, caranguejo, ostra, combé, gandi, cuntchurbedia?	d.	1	2	8	d.	1	2	8	d.	1	2	8
	e. Ovos?	e.	1	2	8	e.	1	2	8	e.	1	2	8
	f. Manga, papaia, cenoura, abóbora ou batata; Doce de pola laranja, óleo de palma?	f.	1	2	8	f.	1	2	8	f.	1	2	8
g. Todas as outras frutas e legumes?	g.	1	2	8	g.	1	2	8	g.	1	2	8	
312	Ontem, durante o dia ou noite, quantas vezes (NOME) foi alimentado(a) de purés de alimentos sólidos/semi-sólidos?												
		Número de vezes _			Número de vezes _			Número de vezes _					
	Se 7 vezes ou mais, anotar "7"												
	Não sabe8			Não sabe8			Não sabe8						

5 - Lista dos participantes do inquérito

Lista dos inquiridores

Nome	Função	Nome	Função
Gino Monteiro	Chefe de equipa	Admar Joao Da Costa Teixeira	Chefe de equipa
Veronica M.J Pires	Medidor	Nicandria Elizabeth Da Costa	Medidor
Gervasio Vaz Moreno	Assist. Medidor	Ana Cornelia Gomes	Assist. Medidor
Heri Banora	Chefe de equipa	Lucette Fernandes Sa	Chefe de equipa
Renato Raul Mandim	Medidor	Domingas Capecalon	Medidor
Binta Djalo	Assist. Medidor	Quinta Sa	Assist. Medidor
Filomena Delgado Pinto	Chefe de equipa	Noemy Boaventura Co Lopes	Chefe de equipa
Mario Alves	Medidor	Atilano Joao Mendes	Medidor
Ernesto Domingos Godinho de Pina	Assist. Medidor	Tida Manafa	Assist. Medidor
Decio Pedro Ca	Chefe de equipa	Maria Helena Alves Marques	Chefe de equipa
Judite Mendes	Medidor	CletcheSanha	Medidor
Lidia Co	Assist. Medidor	Eliana A. Semedo	Assist. Medidor

Lista dos supervisores

Nome	Regiões
Andreia Nunes da Costa	Oio et Cacheu
Iaia Cote Balde	Quinara et Tombali
Talisma Dias	Bafatá et Gabú
Etiandro Danilo Gomes Vaz	Biombo et Bolama-Bijagós

Consultores :

Dr Facely Camara : MD, MSc Epidemiologia
 facelyfr@yahoo.fr
 Adalgisa Santos Ramos : Nutricionista
 asantosramos@gmail.com

Créditos

Relecture, mise en page et impression: Julie Pudlowski Consulting

Photographie : UNICEF/ Julie Pudlowski

© UNICEF Guinea Bissau 2014



Contactos

Ga. Nem quaecup tasiur, nobis dollam, aliaest, si tescima nis ma quae. Qui to inimet ex et ex ea il moluptaspis doloribus re con rat quis doluptat fugitatureic te vo  omniatur sunt. Ut utem aces dolecusciet, audi  m in restem repudip itiosam, omnia debissequi si oditas dolut quatas ut harum solorit ionsequ assenia se dollicipicae nobis eosse.