

INQUÉRITO DE INDICADORES MÚLTIPLOS E DE SAÚDE, 2015 (IIMS 2015)

PROGRAMA GLOBAL
(Versão 7)

Luanda, Maio 2015



INQUÉRITO DE INDICADORES MÚLTIPLOS E DE SAÚDE, 2015 (IIMS 2015)

PROGRAMA GLOBAL

(Versão 7)

Luanda, Maio 2015

ÍNDICE

4.	JUSTIFICAÇÃO	13
5.	PREPARAÇÃO DO INQUÉRITO	14
5.1	Consulta aos Utilizadores	14
5.2	Responsabilidades Partilhadas entre INE e MINSA	14
6.	ESTRUTURA OPERACIONAL DO INQUÉRITO	15
6.1	Gestão do Projecto	15
6.2	Equipa de Consulta	15
6.3	Organograma do Inquérito	16
7.	CONTROLO DE QUALIDADE	18
8.	ASSISTÊNCIA TÉCNICA.....	19
9.	LOGÍSTICA.....	20
10.	CRONOGRAMA	20
11.	QUESTIONÁRIOS E INSTRUMENTOS DE APOIO A RECOLHA	21
12.	TESTES BIOMÉDICOS	23
13.	METODOLOGIA DO INQUÉRITO	24
13.1	Base de Amostragem.....	24
13.2	Cobertura	24
13.3	Unidades Amostrais e de Observação	24
13.4	Seleção e Distribuição da Amostra.....	24
13.5	Subamostra para os Testes Biomédicos.....	25
13.6	Precisão dos Indicadores para os Testes Biomédicos	26
14.	CONFIDENCIALIDADE E ANONIMIZAÇÃO DOS DADOS	27
14.3	Comité de Ética.....	28
14.4	Protocolo do Teste do VIH.....	29

14.5 Consentimento Informado.....	29
14.6 Procedimentos de Laboratório para o Teste VIH	30
14.7 Anonimização dos Resultados	31
15. OPERAÇÃO DE CAMPO.....	33
15.1 Carta de Apresentação	33
15.2 Período de Referência dos Dados.....	33
15.3 Período de Recolha	33
15.5. Respondentes	35
15.6 Equipamentos e Insumos para a Recolha.....	35
15.7 Remuneração dos Agentes de Campo	35
16. TESTE PILOTO	36
17. CAPACITAÇÃO	37
17.1 Capacitação da Equipa Técnica Nacional.....	37
17.2 Recrutamento e Selecção dos Candidatos à Agentes de Campo.....	37
17.3 Capacitação dos Agentes de Campo	38
18. MOBILIZAÇÃO E PUBLICIDADE	39
19. PROCESSAMENTO DE DADOS	40
20. ANÁLISE DE DADOS	41
21. PUBLICAÇÃO E DISSEMINAÇÃO DOS DADOS.....	41
22. ORÇAMENTO ESTIMADO	42
23. PRINCIPAIS INDICADORES.....	43
24. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

CECOMA	Central de Compras e Aproveitamento de Medicamentos e Meios Médicos
CATV	Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária
DCIE	Departamento de Censos e Inquéritos Especiais
DEDS	Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais
DID	Departamento de Informação e Difusão
DAF	Divisão de Administração e Finanças
DI	Departamento de Informática
DBS	<i>Dried Blood Spots</i>
DHS	<i>Demographic Health Survey</i>
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
GPS	Global Positioning System/Sistema de Posicionamento Geográfico
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IEA	Inquérito ao Emprego em Angola
INE	Instituto Nacional de Estatística
INLS	Instituto Nacional de Luta Contra a VIH/SIDA
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública
ITS	Infecções Transmissíveis Sexualmente
MED	Ministério da Educação
MICS	<i>Multiple Indicator Cluster Survey</i>
MINARS	Ministério da Assistência e Reinserção Social
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNLCM	Programa Nacional de Luta contra a Malária
RAP	Recenseamento Agro-pecuário
RGPH	Recenseamento Geral da População e Habitação
SADC	Southern African Development Community/Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SC	Secção Censitária
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SPINE	Serviços Provinciais do Instituto Nacional de Estatística
UNICEF	United Nations Children's Fund/Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	United States Agency for International Development/Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana

1. PREFÁCIO

Após a realização do Recenseamento Geral da População e Habitação de 2014 e dos Inquéritos de Indicadores Múltiplos (MICS), sobre Receitas e Despesas (IDR) e o Integrado sobre o Bem-estar da População (IBEP), no período de 2001 a 2009, dentre outros, o Governo de Angola está a preparar a realização do primeiro Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde 2015 (IIMS – 2015), que será a combinação do MICS com o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS).

Com o IIMS-2015, Angola juntar-se-á, pela primeira vez, a uma vasta lista de países, que já realizaram este tipo de inquérito. O IIMS 2015 será realizado, no segundo semestre do ano de 2015, pelo Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial, através do Instituto Nacional de Estatística, em colaboração com os Ministérios da Saúde, da Educação, da Assistência e Reinserção Social, da Família e Promoção da Mulher e da Juventude e Desportos e com a assistência técnica de parceiros, tais como a USAID, o Banco Mundial, a UNICEF, a OMS, o FNUAP e o PNUD.

O IIMS-2015 disponibilizará dados e informações necessários à avaliação do progresso do nosso País na realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário para 2012-2025 (PNDS 2012-2025) e do Plano Nacional de Desenvolvimento para 2013-2017 (PND 2013-2017). Assim, o IIMS2015 será um marco importante, nos processos de produção estatística do nosso País e do reforço do Sistema Estatístico Nacional e do Sistema Nacional de Planeamento.

Para o sucesso do IIMS-2015, não podemos prescindir da forte participação da população, em geral, e dos agregados familiares que farão parte da amostra populacional deste inquérito, em particular; estes agregados familiares deverão interagir com as diversas equipas de campo, questionando-as, sempre que necessário, para uma melhor compreensão dos dados solicitados.

Na recolha de dados e informações do IIMS-2015, teremos duas inovações: a primeira será o uso de *tablets*; a segunda será o recurso a dados biométricos, por amostra de sangue.

A amostra de sangue permitirá a obtenção de informações actualizadas, detalhadas e com considerável diversidade, abrangendo, dentre outros indicadores sociodemográficos, a fecundidade, as mortalidades materna e das crianças menores de cinco anos, a saúde reprodutiva, a prevalência do VIH/SIDA e os conhecimentos e atitudes relacionados com este vírus e com outras infecções sexualmente transmissíveis, a malária, a anemia e a violência doméstica.

A privacidade e integridade dos inquiridos serão protegidas, visto que o IIMS- 2015 observará tanto as normas internacionalmente consagradas dos Comitês Nacional e Internacional de Ética, quanto o princípio do Segredo Estatístico, nos termos do Artigo 11º da Lei 3/11 de 14 de Janeiro, Lei do Sistema Estatístico Nacional, em todas as suas fases (recolha de dados e de sangue, teste laboratorial, tratamento e difusão dos dados).

Os resultados do IIMS-2015, que terão as dimensões nacional, urbana e rural, e provincial, deverão ser publicados, no primeiro trimestre de 2016, com oportunidade, certamente, para serem utilizados na avaliação e, eventualmente, reajustamento dos objectivos e metas dos Instrumentos de Planeamento acima referidos e na melhoria das bases de fixação dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável Pós-2015.

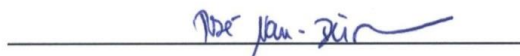
Consequentemente, o Ministério de Planeamento e do Desenvolvimento Territorial e demais Actores do IIMS-2015 orgulham-se, por trabalharem para colocar, à disposição dos decisores políticos e outros agentes, dados e informações necessárias à definição, implementação e avaliação de estratégias sustentáveis para o desenvolvimento económico e social do nosso País.

Luanda, aos 03 de Junho de 2015.-

**O Ministro do Planeamento e do
Desenvolvimento Territorial, Job Graça**



**O Ministro da Saúde,
José Vieira Dias Van-Dúnem**



2. INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Estatística (INE) incluiu no seu plano de actividades para o biénio 2015 – 2016, para além da disseminação dos Resultados Definitivos do Censo 2014 e de outras actividades correntes, a realização de um ciclo de inquéritos aos agregados familiares, designadamente, o terceiro Inquérito de Receitas e Despesas (IDR III), o quarto Inquérito de Indicadores Múltiplos (IIM/MICS IV) e ainda os Inquéritos Semestrais ao Emprego em Angola (IEA).

O INE, empenhado em responder oportunamente à demanda actual por estatísticas oficiais fiáveis, viu-se confrontado com a necessidade de combinar, neste seu ciclo de inquéritos aos agregados familiares para o biénio 2015 - 2016, módulos-chaves do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS).

Após um processo interno de reflexão, onde os questionários típicos do IIM/MICS (para melhor referência optou-se por colocar a sigla em português e a sigla em inglês) e do IDS bem como os principais indicadores produzidos por estas duas operações foram comparados, concluiu-se que uma parte significativa das variáveis e dos indicadores, assim como as unidades de observação são coincidentes. Por outro lado, o desenho da amostra, em ambos os inquéritos, é do tipo probabilístico, com estratificação e selecção multi-etápica dos agregados familiares. Nesta conformidade, considerando os antecedentes relacionados com a realização de três inquéritos MICS (1996, 2001, 2008/2009), concluiu-se que faz sentido manter-se o seguimento da série de dados dos indicadores-chave do IIM/MICS, combinando com os dados do IDS, produzindo assim um Inquérito mais abrangente e consolidado.

Assim sendo, este projecto encontrou a disponibilidade e o acordo dos diferentes parceiros nacionais e internacionais sobre a viabilidade da combinação dos inquéritos IIM/MICS e IDS, num único inquérito, salvaguardando os princípios de garantia da qualidade dos dados que resultarão desta operação. Neste contexto, o INE em parceria com o MINSA e parceiros internacionais irá realizar em 2015, o quarto Inquérito aos Agregados Familiares de Indicadores Múltiplos (**MICS IV**), combinado com o primeiro Inquérito Demográfico de Saúde (**IDS I**), o qual designar-se-á “Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde, 2015” cuja sigla será “**IIMS**”.

Tanto o MICS, como o IDS são operações estatísticas, realizadas de cinco em cinco anos, associados a questionários modulares, visando a recolha de dados demográficos e de saúde através de entrevista directa.

O programa de inquéritos “IDS” iniciou em meados da década de 80, com o objectivo de produzir indicadores demográficos básicos, assim como indicadores de saúde reprodutiva e saúde materno infantil. O programa “MICS” iniciou pouco mais tarde, no início da década de 90, para cobrir as necessidades de indicadores actualizados para a “Cimeira Mundial sobre as Metas das Crianças¹” e para os vários órgãos das Nações Unidas.

Nas décadas que se seguiram, ambos programas evoluíram e colaboraram estreitamente para assegurar a comparabilidade dos dados, embora existam pequenas diferenças em termos de tópicos prioritários. A grande diferença de destaque é sem dúvida a medição de indicadores biométricos no programa do IDS.

¹ *World Summit for Children Goals*

A combinação do conteúdo de ambos programas, num único inquérito, resultará em enormes benefícios maximizando o uso de recursos humanos e financeiros, para além da produção de indicadores de interesse que permitirão intervenções do Executivo.

3. OBJECTIVOS DO INQUÉRITO

O IIMS, 2015 visa a obtenção de informações actualizadas e detalhadas sobre a fecundidade, a mortalidade das crianças menores de cinco anos, a saúde reprodutiva, a prevalência do VIH/SIDA, Malária e da Anemia, os conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA e outras Infecções Sexualmente Transmitidas (IST), a Mortalidade Materna e informações sobre a Violência Doméstica.

O IIMS 2015 fornecerá dados necessários para monitorar o progresso na concretização dos compromissos nacionais e internacionais, com o propósito de apoiar o país na avaliação do seu progresso em direcção aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, e a monitorização e avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 – 2025 e do Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017.

O inquérito tem como principais objectivos específicos:

- Conhecer os níveis e tendências da fecundidade e da mortalidade infantil e juvenil, bem como os factores determinantes da sua evolução;
- Medir as taxas de conhecimento e de prática do contraceptivo por método;
- Obter informações sobre o número ideal de crianças e a atitude face a planeamento familiar das mulheres e dos homens;
- Recolher dados sobre a saúde materna: consultas pré-natais e pós-natais, assistência ao parto e aleitamento materno;
- Recolher dados sobre a saúde das crianças, nomeadamente a vacinação, a prevalência de anemia, a frequência de doenças diarreicas, as infecções respiratórias agudas (IRA), a prevenção e o tratamento de outras doenças das crianças menores de cinco anos;
- Recolher dados sobre a utilização dos mosquiteiros e do tratamento do paludismo, em particular nas mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos;
- Medir o estado nutricional das mulheres e das crianças menores de cinco anos, através de medidas antropométricas (peso e altura), e por recolha de sangue para determinar o nível de Anemia, bem como da Malária;
- Recolher dados sobre o conhecimento, atitude e comportamento sexual das mulheres e dos homens, incluindo os jovens e adolescentes em relação às ITS e à SIDA;
- Medir as taxas de mortalidade materna;
- Medir a taxa de prevalência do VIH;
- Recolher dados sobre a violência doméstica.

4. JUSTIFICAÇÃO

Apesar dos avanços significativos registados nos últimos anos em matéria de acesso aos cuidados de saúde em especial, no domínio da saúde materna-infantil, assistência médica e sanitária, em Angola, continua a ser uma preocupação para a população.

Tendo em conta a enorme responsabilidade e compromisso que o Executivo tem em dotar o país de informação estatística credível, que permita monitorizar o impacto que os vários Planos e Programas Sociais e de Investimento deverão ter na melhoria da vida dos cidadãos, bem como avaliar os progressos realizados no âmbito dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, Agenda Pós-2015 e do Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017. O IIMS 2015 apresenta-se como a ferramenta mais adequada para se alcançar este desiderato, mostrando-se também como um meio para melhor realizar a racionalização de recursos disponíveis, tanto no plano financeiro como de recursos humanos.

A metodologia a ser utilizada apresenta, no entanto, desafios no que se refere ao grau de complexidade do desenho do questionário, à recolha de dados biométricos, à implementação da operação de campo e à necessidade de coordenar um grupo mais vasto de parceiros no processo.

A sua realização permitirá, contudo, que o país disponha de indicadores de interesse na área de saúde, que satisfaçam as expectativas nacionais e internacionais, particularmente as da região africana em que Angola está inserida.

5. PREPARAÇÃO DO INQUÉRITO

5.1 Consulta aos Utilizadores

Por razões evocadas no ponto anterior, afigura-se urgente e inadiável iniciar a preparação do Programa Global, perspectivando o engajamento dos diferentes organismos do Estado, incluindo os de níveis central e local do INE e do MINSA, e parceiros externos, principalmente as Agências das Nações Unidas, Organizações Não-Governamentais e entidades empresariais, para que seja possível a realização do IIMS dentro dos prazos previstos.

A fase preparatória do inquérito, iniciou com a elaboração do presente documento “*Programa Global do IIMS 2015*” e culminará com o desenvolvimento das actividades que antecedem o trabalho de campo, incluindo a realização do Teste Piloto e a elaboração dos questionários e documentos auxiliares.

São os utilizadores que determinam o valor de uso dos dados, bem como a sua pertinência, pois, estes manifestam as reais necessidades de informação as quais devem ser satisfeitas. Assim, o INE tem como compromisso levar à cabo um processo de consulta aos potenciais utilizadores de dados estatísticos, realizando encontros numa primeira fase com as unidades orgânicas do INE com interesse-chave nos resultados do inquérito, nomeadamente os departamentos DCIE e DEDS². Numa segunda fase com órgãos externos ao INE, nomeadamente Instituições do Estado como os Ministérios da Educação (MED), da Saúde (MINSA) e os respectivos programas, (INLS, PNLCM, PAV,) e da Assistência e Reinserção Social (MINARS), Ministério da Família e Promoção da Mulher, Ministério da Juventude e Desportos, entre outros, bem como parceiros de cooperação, particularmente a USAID, a OMS, a UNICEF, o BM, o PNUD e o FNUAP.

Para apoiar a discussão nestes encontros, o presente documento, apresenta uma lista com os indicadores a serem produzidos pelo IIMS 2015 .

Após a revisão do questionário e da realização de outras actividades relacionadas, será organizado um *workshop* para uma apresentação mais estruturada do projecto, tendo como objectivos a partilha com os utilizadores, de aspectos ligados ao progresso registado na preparação do projecto e a obtenção do necessário retorno, e criação de um sentido de apropriação do projecto por parte dos utilizadores.

5.2 Responsabilidades Partilhadas entre INE e MINSA

O INE terá a incumbência de assegurar a preparação, execução, monitorização e avaliação do inquérito em estreita parceria com o MINSA, cabendo a este último a responsabilidade das actividades relacionadas com os testes biomédicos, particularmente na preparação dos instrumentos e Protocolos Éticos de apoio à recolha, testagem e gestão de amostras de sangue.

Cabe ainda ao MINSA assegurar o envolvimento dos técnicos de saúde e do pessoal do Laboratório Nacional e das Direcções Provinciais de Saúde.

² **DEDS:** Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais; **DCIE:** Departamento de Censos e Inquéritos especiais.

6. ESTRUTURA OPERACIONAL DO INQUÉRITO

6.1 Gestão do Projecto

A coordenação geral do inquérito será da responsabilidade do INE, pelo que está prevista uma importante componente de capacitação para a equipa de coordenação técnica responsável pela execução e supervisão do inquérito, que será constituída por técnicos do INE e do MINSA com responsabilidades diferenciadas.

A realização do Inquérito compreende a estruturação do quadro institucional que inclui a intervenção do Comité Técnico e o Comité de Ética, na actualização da base de amostragem, a preparação dos documentos técnicos e metodológicos, o Teste/Inquérito Piloto, estudo da aceitabilidade do teste do VIH, a formação das equipas de campo, a recolha propriamente dita, o tratamento, a análise e a publicação dos resultados definitivos.

A equipa técnica do IIMS 2015 estará sediada no INE e integrando seus técnicos e técnicos do MINSA assim como os representantes de outros parceiros envolvidos.

Quadro 1 – Perfil técnico da equipa de coordenação técnica

Função	Qualificações (Nível Académico e Experiência)	Quantidade
Equipa Técnica Nacional (Supervisores Nacionais)	Técnico superior com pelo menos 5 anos de experiência em inquéritos	18
Responsável dos SPINE (Logística)	Técnico superior com pelo menos 3 anos de experiência em inquéritos	18
Amostrista	Técnico superior com pelo menos 2 anos de experiência	1
Equipa Informática (Programador/Informático)	Técnico superior com pelo menos 3 anos de experiência	3
Supervisores de campo	Técnico superior com pelo menos 3 anos de experiência em inquéritos	29

Como mecanismo de coordenação central serão efectuadas, de forma regular, reuniões (quinzenais) de coordenação técnica, a partir das quais se fará o seguimento da programação, monitorização operacional e prestação de contas entre os membros da equipa de supervisão e coordenação técnica.

6.2 Equipa de Consulta

Deverá ainda ser nomeada a Equipa de Consulta/Acompanhamento, na qual deve estar integrados representantes das seguintes instituições:

- Direcção do INE
- Direcção Nacional de Saúde Pública
- Gabinete de Estudos Planeamento e Estatística do MINSA
- Instituto Nacional de Luta contra o SIDA
- Programa Nacional de Luta contra a Malária
- Direcção Nacional de Saúde Pública/Planeamento Familiar
- Direcção Nacional de Saúde Pública/PAV
- Instituto Nacional de Saúde Pública/Laboratório Nacional
- INAC

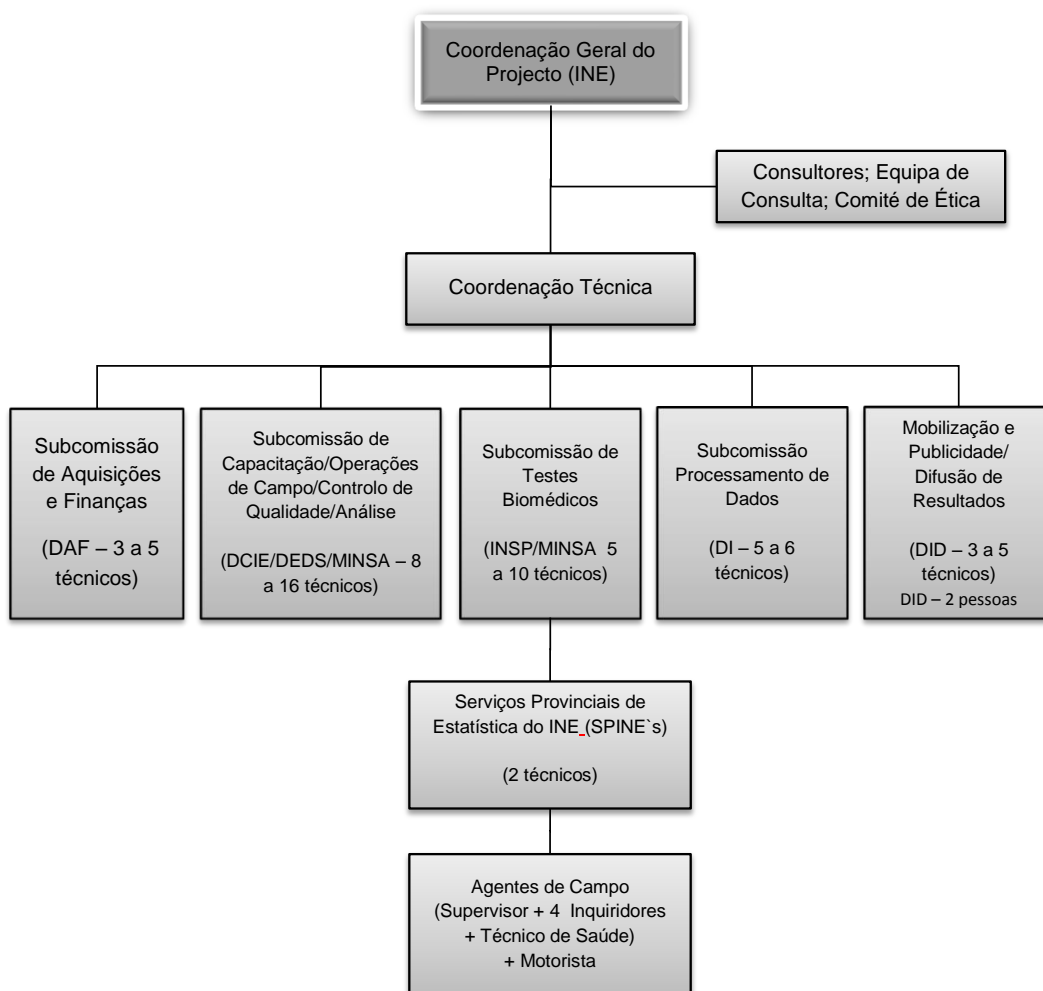
- MINARS
- MINFAMU
- MED
- MINJUD
- USAID,
- UNICEF
- OMS

Compete à Equipa de Consulta/Acompanhamento, assegurar o controlo da execução do projecto de acordo com os objectivos, cronograma e orçamento, contribuindo tecnicamente, cada representante a seu nível, na tomada de decisões.

6.3 Organograma do Inquérito

A figura abaixo mostra a estrutura organizacional do inquérito:

Figura 1: Organograma do Inquérito



A estrutura executiva do IIMS 2015 compreenderá cinco Subcomissões:

1. **A Subcomissão de Capacitação, Operações de Campo, Controlo de Qualidade e Análise** que é a estrutura de concepção metodológica, de organização e execução das operações de terreno e de análise dos dados, incluindo as relacionadas com a componente biológica do inquérito;
2. **A Subcomissão de Mobilização, Publicidade e Divulgação dos Resultados** é a estrutura que superintende a sensibilização das autoridades, parceiros e da população em geral, visando total adesão da sociedade ao Inquérito. É também a estrutura que planeará, conceberá e executará a campanha de comunicação e sensibilização e responsável pela estratégia de difusão dos produtos do Inquérito, bem como pela publicação dos resultados;
3. **A Subcomissão de Processamento de Dados** é a estrutura responsável pela concepção e implementação do sistema de tratamento dos dados do inquérito.
4. **A Subcomissão de Aquisições e Finanças** terá a responsabilidade de programar e efectuar os pagamentos do inquérito em tempo oportuno e apresentar o relatório financeiro de cada etapa e final.
5. **A Subcomissão de Testes Biomédicos** terá a responsabilidade de efectuar as actividades relacionadas com os testes biomédicos, incluindo a elaboração dos protocolo de ética.

Os técnicos da Comissão Técnica, indicados pelo Ministério da Saúde deverão trabalhar em regime de destacamento em tempo integral, durante o tempo de realização do Inquérito, ficando sob a dependência funcional do Instituto Nacional de Estatística, enquanto Coordenador Técnico do IIMS 2015.

7. CONTROLO DE QUALIDADE

Para garantir a minimização dos erros não amostrais, contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade dos dados produzidos, serão elaborados procedimentos de controlo de qualidade.

Uma adequada formação do pessoal do Inquérito a todos os níveis, aliada a uma intensiva supervisão a nível do território nacional, constituirão o principal garante da qualidade.

Está previsto um modelo de monitorização e advocacia sobre a qualidade dos dados no campo. Para o efeito, a equipa de supervisão nacional composta por técnicos do INE e do MINSA, deverá permanecer no campo ao longo da primeira semana de recolha e validação dos dados para garantir a prestação de apoio técnico contínuo às equipas, focalizado nas províncias que apresentarem maior debilidade. Um cartógrafo provincial, deverá apoiar as equipas de campo na identificação das secções seleccionadas.

A partir da 2ª semana de recolha, as missões de supervisão deverão ocorrer a cada província de forma mais espaçada. Deverá ser elaborado um programa, a ser implementado pela equipa de supervisão, a qual deverá garantir uma cobertura geográfica e temporal equilibrada da operação de campo até ao final do período de recolha.

A equipa técnica fará, em SPSS (aplicativo de análise estatística), a validação dos microdados, que consistirá basicamente em verificar:

- i) A informação em falta;
- ii) Duplicações e
- iii) Coerência entre as variáveis.

8. ASSISTÊNCIA TÉCNICA

Dada a complexidade do IIMS 2015 e por ser a primeira vez que o INE irá realizar um inquérito com testes biomédicos, a equipa técnica do Inquérito contará com o apoio técnico internacional, que será assegurado pela MACRO/ICF através da sua equipa de consultores. Para além deste apoio, a equipa técnica contará com um consultor sénior com a responsabilidade de prestar apoio permanente desde a fase de preparação, até a fase de análise dos dados.

Os termos de referência identificarão a provisão da assistência técnica através da disponibilização dos seguintes recursos:

- Um Consultor Sénior residente para apoiar, em tempo permanente, o INE em vários aspectos, com particular enfoque na gestão do inquérito;
- Outros peritos que irão prover apoio, em tempo parcial, nas áreas de amostragem, gestão dos testes biomédicos, processamento de dados, treinamento para a operação de campo e análise de dados.

9. LOGÍSTICA

Compreende uma série de tarefas que têm como objectivo disponibilizar o equipamento, em tempo oportuno e em quantidade suficiente, nos diferentes níveis da organização do Inquérito, incluindo medicamentos e dispositivos médicos, documentos e materiais necessários para a execução das operações de campo e de gabinete, assim como a recepção nos serviços centrais dos materiais e documentos de trabalho para o ordenamento, processamento e arquivo.

A logística referente à área de saúde será acondicionada, de acordo com as suas especificidades, no Instituto Nacional de Saúde Pública e na CECOMA (Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos).

10. CRONOGRAMA

As actividades que compõem o IIMS 2015, descritas neste Programa Global deverão ser executadas de acordo com o cronograma abaixo:

Quadro 4 – Cronograma a resumo para o IIMS 2015

Actividades	Ano 2015												Ano 2016							
	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
1 Finalizar Orçamento																				
2 Finalizar conteúdo do inquérito																				
3 Identificar a equipa de coordenação técnica																				
4 Finalizar o plano global																				
5 Desenho da amostra																				
6 Acordo contratual (INE + MACRO/INE + MINSA)																				
7 Produção dos inquéritos e manuais																				
8 Aquisição de material																				
9 IRB/Aprovação ética																				
10 Sensibilização																				
11 Teste piloto-capacitação																				
11 Teste piloto-recolha de dados																				
12 Finalizar instrumentos																				
13 Recrutamento do pessoal de campo																				
14 Capacitação para as equipas de campo																				
15 Recolha de dados																				
16 Edição secundária (processamento de dados)																				
17 Produção do relatório preliminar																				
18 Produzir quadros de resultados																				
19 Testagem de VIH no laboratório																				
20 Seminário para a produção do relatório final																				
21 Revisão e correção do relatório final																				
22 Impressão do relatório final																				
23 Seminário nacional																				

Concordado em Abril 2015

11. QUESTIONÁRIOS E INSTRUMENTOS DE APOIO A RECOLHA

Do ponto de vista conceptual, o desenho do IIMS 2015, à partida se irá basear em grande medida, no desenho dos inquéritos MICS e IDS nas suas últimas versões, obviamente sujeito a afinações e adaptados ao contexto nacional, visando integrar as necessidades correntes dos utilizadores. Não esquecendo, a garantia da coerência entre as várias partes dos instrumentos de recolha, por um lado e por outro, entre este e os planos de tabulação.

É fundamental encontrar um ponto de equilíbrio entre as necessidades e sobretudo, os interesses dos utilizadores – chave. Não sendo possível satisfazer todas as necessidades, tendo em atenção a própria operacionalidade do inquérito, é importante que o Plano de Inquéritos do INE para a década 2014-2024, leve em conta estas necessidades como o demonstra a Estratégia Nacional de Desenvolvimento Estatístico 2015-2025.

11.1 Elaboração de Manuais e Instrumentos Auxiliares

Os manuais de instrução e orientação metodológica são indispensáveis, quer para a actividade de capacitação dos supervisores e inquiridores, quer para a própria actividade de recolha de dados. Elas constituem a base de uma correcta e uniforme interpretação do questionário e dos principais conceitos utilizados em todos os locais onde se realiza o inquérito.

Serão elaborados os seguintes manuais e instrumentos auxiliares:

- Manual do Inquiridor;
- Manual do Supervisor;
- Manual de Bio marcadores;
- Manual de Processamento de dados;
- Plano de Tabulação.

11.2 Questionários

REPETIDO NO INÍCIO

Para a recolha de dados do IIMS 2015 serão utilizados quatro questionários:

- Um para o agregado familiar;
- Um para as mulheres com 15-49 anos de idade;
- Um para os homens com 15-54 anos de idade;
- Um para os bio marcadores.

Os quadros abaixo mostram um resumo do conteúdo de cada um dos quatro questionários de acordo com a população alvo a ser inquirida:

1. Questionário do Agregado Familiar:

1. Identificação do agregado	7. Redes mosquiteiras
2. Lista dos membros do agregado	8. Pulverização residual das habitações
3. Educação (5-24 anos)	9. Água (acesso e tratamento)
4. Trabalho infantil (crianças 5-17 anos)	10. Electricidade
5. Registo de nascimento (crianças 0-17 anos)	11. Saneamento
6. Características do agregado (posse de bens, combustível para cozinhar, TIC)	12. Higienização (lavagem das mãos)
	13. Iodização do sal
	14. Bens do agregado

2. Questionário para Mulheres com 15 – 49 anos de Idade:

1. Características individuais	7. Saúde da criança (diarreia, febre e IRA ³)
2. Fecundidade (história de nascimentos completa)	8. Preferências em matéria de procriação
3. Planeamento familiar	9. Estado civil e comportamento sexual
4. Cuidado pré-natal e pós-natal (nascimentos nos últimos 5 anos)	10. Emprego
5. Imunização (nascimentos nos últimos 3 anos)	11. Conhecimento e atitudes sobre VIH/ SIDA e outras ITS
6. Alimentação e nutrição	12. Mortalidade materna (método das irmãs)
	13. Violência doméstica

3. Questionário para Homens com 15 – 54 anos de Idade:

1. Características individuais	4. Preferências em matéria de procriação
2. Fecundidade (história abreviada)	5. Estado civil e comportamento sexual
3. Planeamento familiar (abreviada)	6. Emprego
	7. Conhecimento e atitudes sobre o VIH/SIDA e outras ITS

4. Questionário para os Bio marcadores:

1. Peso e altura das crianças com 0-59 meses	3. Anemia nas crianças com 6-59 meses
2. Malária das crianças com 6-59 meses	4. VIH/SIDA em mulheres com 15-49 anos
	5. VIH/SIDA em homens com 15-54 anos

12. TESTES BIOMÉDICOS

Nem todos os membros do agregado familiar são elegíveis para a recolha de bio marcadores. Para a realização dos testes de sangue para as pessoas elegíveis, cada equipa de campo incluirá um técnico de saúde, especificamente encarregado pela recolha de dados biomédicos. Este técnico receberá treinamento especial sobre todos os aspectos do protocolo de teste de VIH.

A recolha de dados biométricos será realizada de maneira paralela e complementar as entrevistas de agregados familiares e de indivíduos elegíveis residentes nesses agregados.

Os dados a serem recolhidos e os procedimentos são os seguintes:

1. **Antropometria (peso e altura) em crianças dos 0-59 meses:** para a componente de antropometria se fará uso do altímetro e da balança. Os dados serão registados no questionário de biometria e que será digitado no *Tablet*/PDA.
2. **Malária em crianças dos 6-59 meses:** para a malária serão utilizados testes rápidos que detectam a presença de antígenos de parasitas uns minutos depois de receber a amostra de sangue. Nos casos de crianças com resultado positivo, os técnicos de saúde oferecerão Coartem ou outro anti malárico com base em artemisinina.
3. **Anemia em crianças dos 6-59 meses:** este teste será feito com hemoglobímetro portátil, comercialmente denominado "**Hemocue**", que revela o nível de hemoglobina no sangue minutos depois da recolha da amostra de sangue. As crianças com anemia grave, isto é, com hemoglobina abaixo de 8 g/dl, serão encaminhadas para a unidade sanitária mais próxima.
4. **VIH nas mulheres de 15-49 anos e nos homens de 15-54 anos:** pelo menos quatro círculos de um papel filtro especial serão preenchidos com sangue capilar obtido através de uma picada no dedo. As amostras serão encaminhadas para testagem no laboratório do INSP/MINSA.

13. METODOLOGIA DO INQUÉRITO

A aplicação dos questionários será através da “recolha por entrevista directa,” junto dos agregados familiares, previamente seleccionados, sendo o “Questionário das Mulheres” administrado por Inquiridoras, enquanto os Inquiridores se responsabilizarão pelo Questionário dos Homens.

13.1 Base de Amostragem

Após realização do Recenseamento da População e Habitação de 2014, o INE, tem a grande missão de preparar a Amostra Mãe com base no Censo 2014, que servirá de base de amostragem para futuros inquéritos junto aos agregados familiares. Neste contexto, estão previstas pelo menos três (3) missões de assistência técnica de curta duração em financiadas pela UNICEF. O objectivo destas missões na área de amostragem é criar a Amostra Mãe e as amostras para os inquéritos IIMS 2015, IDREA 2016 para além de fortalecer a capacidade técnica do INE na melhoria da qualidade da produção de estatísticas oficiais.

13.2 Cobertura

Serão entrevistados os agregados familiares residentes em habitações não colectivas e de uso principal. O IIMS 2015, terá cobertura nacional e abará áreas rurais e urbanas.

13.3 Unidades Amostrais e de Observação

As unidades amostrais serão as habitações e a unidades de observação serão os agregados familiares que vivem em habitações não colectivas, bem como os indivíduos que o constituem.

13.4 Selecção e Distribuição da Amostra

A amostra do IIMS 2015 foi seleccionada a partir da Amostra Mãe. A amostra do Inquérito foi dimensionada de modo independente para cada uma das 18 províncias do país e a nível de área de residência urbano e rural.

Para o dimensionamento da amostra utilizou-se a informação do Inquérito integrado sobre o Bem-Estar da População - IBEP 2008/2009 com um limite máximo para o erro relativo de amostragem de:

- 1) Estimativas de alguns indicadores—chave determinadas a partir da base de dados dos inquéritos do MICS III;
- 2) Necessidade de disponibilizar estimativas ao nível provincial/regional e urbano/rural;
- 3) Necessidade de se estabelecer um equilíbrio entre os erros amostrais, que reduzem a medida que o tamanho da amostra aumenta, e os erros não amostrais, que normalmente aumentam a medida que o tamanho da amostra aumenta.

O documento sobre o plano de amostragem elaborado pelo especialista internacional, recrutado para esta missão, em partilha de custos entre o UNICEF e INE, apresenta maiores detalhes sobre o assunto.

A amostra para o IIMS 2015 é de 16.302 agregados familiares, com uma representatividade de 55% urbana de acordo com os dados da cartografia usada no Censo 2014. Tendo em conta a experiência no IBEP 2008/2009, espera-se uma taxa de resposta acima de 90%.

Quadro 3 - Distribuição da amostra do IIMS 2015 por província e urbano/rural

Província	Total		Urbano		Rural	
	Conglomerado	Agregado Familiar	Conglomerado	Agregado Familiar	Conglomerado	Agregado Familiar
Cabinda	33	858	27	702	6	156
Zaire	33	858	24	624	9	234
Uíge	33	858	10	260	23	598
Luanda	66	1.716	63	1.638	3	78
Cuanza Norte	33	858	18	468	15	390
Cuanza Sul	33	858	11	286	22	572
Malange	33	858	15	390	18	468
Lunda Norte	33	858	20	520	13	338
Benguela	33	858	21	546	12	312
Huambo	33	858	14	364	19	494
Bié	33	858	12	312	21	546
Moxico	33	858	15	390	18	468
Cuando Cubango	33	858	17	442	16	416
Namibe	33	858	21	546	12	312
Huíla	33	858	12	312	21	546
Cunene	33	858	9	234	24	624
Lunda Sul	33	858	24	624	9	234
Bengo	33	858	12	312	21	546
Total	627	16.302	345	8.970	282	7.332

13.5 Subamostra para os Testes Biomédicos

O teste de VIH será realizado numa subamostra de 50% entre os 16.302 agregados familiares seleccionados. Assim, em cada dois agregados familiares (429 agregados familiares, excepto Luanda com 858 agregados), todas as mulheres com 15-49 anos e homens com idades entre 15-54 são elegíveis para o teste de VIH.

A segunda subamostra de 50% será aplicada para as crianças com 6-59 meses para o teste de Anemia e Malária.

O quadro abaixo, mostra as estimativas do número esperado de adultos e crianças a serem testados por província. Essas estimativas são baseadas em uma taxa de resposta geral de 90% para todos os testes.

Quadro 4 - Estimativas do número esperado da população alvo na subamostra para os testes biomédicos

Província	Nº de agregados	Mulheres 15 - 49 e Homens 15 - 54 anos	Crianças 0 - 4 anos	Crianças 6 - 59 meses
		Teste de sangue do VIH	Antropometria	Teste de Anemia e Malária
Cabinda	429	908	330	297
Zaire	429	750	382	343
Uíge	429	909	402	362
Luanda	858	2.158	766	689
Cuanza Norte	429	670	344	310
Cuanza Sul	429	789	421	379
Malanje	429	753	374	337
Lunda Norte	429	853	382	343
Benguela	429	739	324	291
Huambo	429	752	347	313
Bié	429	708	385	346
Moxico	429	770	453	407
Quando	429	762	309	278
Cubango	429	762	309	278
Namibe	429	973	402	362
Huíla	429	862	363	326
Cunene	429	930	427	384
Lunda Sul	429	841	496	446
Bengo	429	694	343	309
Total	8.151	15.821	7.250	6.522

13.6 Precisão dos Indicadores para os Testes Biomédicos

Dado o menor tamanho da amostra para a população elegível baseados na subamostra de 50% dos agregados familiares, as estimativas para alguns indicadores poderão não ter precisão suficiente a nível provincial. Por esta razão, pode ser necessário agrupar as províncias em regiões para fornecer um nível de precisão suficiente a nível regional para estes indicadores. Uma alternativa poderá ser o agrupamento das províncias em seis regiões, conforme o IBEP 2008/2009:

1. **Capital do País** - Luanda
2. **Região Norte** - Cabinda, Zaire, Uíge
3. **Região Este** - Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Cuando Cubango
4. **Região Centro Norte** - Bengo, Cuanza Norte, Malanje
5. **Região Centro Sul** - Cuanza Sul, Benguela, Huambo, Bié
6. **Região Sul** - Huíla, Namibe, Cunene

14. CONFIDENCIALIDADE E ANONIMIZAÇÃO DOS DADOS

14.1 *Segredo Estatístico e Obrigatoriedade Gratuita*

Nos termos do artigo 10º da Lei nº 3/11 de 14 de Janeiro, Lei do Sistema Estatístico Nacional (SEN), é obrigatório e gratuito o fornecimento das informações sociodemográficas solicitadas pelo INE.

Os dados recolhidos no âmbito do IIMS 2015 ficam sujeitos ao princípio do segredo estatístico, previsto nos termos do artigo 11º da Lei nº 3/11 de 14 de Janeiro, Lei do SEN, que estabelece que os dados estatísticos individuais recolhidos pelos órgãos produtores de estatísticas oficiais, neste caso o INE, são de natureza estritamente confidencial, estando protegidos contra qualquer utilização não estatística e divulgação não autorizada, só podendo ser utilizados na produção de estatísticas oficiais.

14.2 *Aspectos Éticos*

A realização de pesquisas por profissionais da área de saúde na sociedade contemporânea exige transparência e respeito para com os seres humanos, razão pela qual a responsabilidade ética no desenvolvimento de pesquisas é cada vez mais cobrada e discutida profissionalmente. A bioética possibilita o encontro de um caminho a ser seguido pelos profissionais da saúde e pesquisadores diante das inovações científicas nessa área, devendo esses profissionais agir com prudência, discernimento e evitar abusos, tendo sempre em vista o bem social, a promoção da dignidade humana e boa qualidade de vida⁴.

Por outro lado, a recolha de marcadores biológicos por ocasião dos inquéritos demográficos e de saúde confere a estes inquéritos um carácter epidemiológico. Nestes casos, como se trata de pesquisas biomédicas com seres humanos, medidas específicas devem ser tomadas para respeitar as normas éticas e científicas nomeadamente em relação ao respeito pela dignidade, direitos, segurança, confidencialidade e credibilidade dos resultados.

O Comité de Ética em Pesquisas é uma forma organizada de controlo social sobre as práticas da ciência que visa garantir e resguardar a integridade e os direitos dos participantes de pesquisas.

O INE e o MINSA através do Comité de Ética (CE), irão salvaguardar a dignidade, os direitos, a segurança, o bem estar de todos os participantes no processo de recolha de amostras biomédicas, sendo que o CE assegurará, do ponto de vista ético, os procedimentos a cumprir para as recolhas de sangue, através de pareceres e regulamentos.

⁴ Declaração de Helsínquia e nas Linhas Directivas Internacionais de Boas Práticas Clínicas da Organização Mundial da Saúde

14.3 Comité de Ética

O Comité de Ética é a entidade independente de todas e quaisquer influências políticas, institucionais, profissionais e económicas, é uma entidade autónoma, pela sua composição, procedimentos e modos de tomada de decisão.

A permissão para a realização do estudo será obtida através do Comité de Ética do Ministério da Saúde, que funciona no Instituto Nacional de Saúde Pública, bem como através do Comité de Ética correspondente nos Estados Unidos de América (Comité da MACRO e se for preciso também pelo Comité de Ética do Centro de Controlo de Doenças – CDC de Atlanta). Os participantes serão informados verbalmente dos objectivos do Inquérito para obtenção do consentimento livre e informado.

A colheita e a testagem feitas no campo, aos indivíduos elegíveis, serão confidenciais e mantidas durante e após a realização do inquérito, bem como as informações retiradas dos questionários.

Durante o Inquérito será garantida a assistência técnica e medicamentosa aos participantes com patologias identificadas no campo (anemia, malária e malnutrição).

As normas de segurança e biossegurança serão aplicadas durante o processo de colheita por DBS, testagem no campo e laboratorial (INSP).

O Comité de Ética assegurará as responsabilidades acima referidas, por meio de um Protocolo de Ética a ser celebrado com o INE/MINSA.

Responsabilidades do Comité de Ética:

- Celebrar o Protocolo entre o respectivo Comité e o INE/MINSA, antes da aprovação do inquérito;
- Proceder ao exame independente, competente e diligente dos aspectos éticos, que implique a agregação dos testes do VIH, hemoglobina e malária, antes da realização do inquérito;
- Produzir o relatório final dos seus trabalhos, que inclui dois documentos sobre a Ficha de Consentimento Esclarecido para Teste do VIH;
- Assegurar o controlo da observância das normas de ética aplicável ao IIMS 2015, no decurso da recolha de dados e de sangue, assim como durante o teste laboratorial e o tratamento e a difusão dos dados do inquérito;
- Emitir pareceres, nomeadamente sobre as garantias aos inquiridos, as modalidades de observância da confidencialidade, assim como a verificação regular do cumprimento das normas de ética aprovada.

É neste contexto que o INE e o MINSA propõem realizar o primeiro Inquérito Demográfico e de Saúde que, para além dos módulos clássicos dos inquéritos demográficos e sanitários, realiza o teste do HIV, da Hemoglobina e Malária com intuito de medir a prevalência do VIH, Anemia e Malária ao nível nacional, provincial/regional e urbano/rural.

14.4 Protocolo do Teste do VIH

O IIMS 2015, é o primeiro inquérito a realizar o teste de VIH na população em geral em Angola. O objectivo do teste do VIH é estimar a Sero prevalência à nível nacional, provincial/regional e urbano/rural. Angola tem uma prevalência de VIH/SIDA estimada em 2.5 % a nível nacionais.

A assistência técnica para o inquérito e para os testes será fornecida pela Macro Internacional e financiada pela USAID.

O protocolo do teste de VIH do Inquérito será baseado no protocolo desenvolvido pelo programa DHS e aprovado pelo Comité de Ética da ORC Macro. Neste protocolo a realização do teste do VIH é anónimo e não relacionado; isto é, não contém nomes ou outra característica física ou geográfica que relaciona um indivíduo com a amostra de sangue. O Comité de Ética Nacional de Angola também deverá aprovar o protocolo anónimo relacionado.

Tendo em conta que o teste do VIH é estritamente anónimo, não será possível informar aos respondentes os resultados do teste. As pessoas elegíveis a serem testadas para o VIH, independentemente de aceitarem ou não, serem testadas, serão aconselhadas se assim o desejarem a procurar um teste voluntário num Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária (CATV).

14.5 Consentimento Informado

Uma das principais tarefas do técnico de saúde, será em primeiro lugar informar a cada pessoa elegível, os procedimentos da recolha de sangue, confidencialidade e testagem anónima. Antes da recolha dos biomarcadores deve-se explicar a finalidade dos testes aos respondentes elegíveis ou, no caso das crianças, ao pai/adulto responsável, e obter o seu consentimento. A fim de assegurar que estes indivíduos possam tomar uma decisão "INFORMADA" sobre se devem ou não devem ser testados (eles ou os seus tutelados) e obter o consentimento do entrevistado para o teste antes de qualquer recolha de sangue.

O teste será de carácter voluntário com a possibilidade de abandono, em qualquer momento, sem perda dos seus direitos. Serão usados modelos para assegurar a compreensão individual de tópicos cruciais, aquando da assinatura do formulário de consentimento e durante a duração do teste. Serão usados procedimentos para verificar a compreensão do participante, explicação dos procedimentos dos testes, com referência aos padrões locais de cuidados e alternativas disponíveis, bem como para disponibilizar informação relativa ao consentimento informado na sua língua falada.

O consentimento informado do inquirido assenta nos seguintes elementos básicos:

- Descrição dos objectivos do teste;
- Informações básicas sobre como o teste será realizado;
- Garantias sobre a confidencialidade dos resultados;

⁵ INLS, Estudo de ~~Seroprevalência~~ Sero prevalência nas ~~M~~mulheres ~~G~~grávidas, 2008

- Pedido específico de autorização para recolher a amostra de sangue.

A declaração de consentimento informado deve ser lida para cada entrevistado elegível com 18 ou mais anos de idade. A abordagem para a obtenção de consentimento é relativamente diferente quando a pessoa elegível tem menos de 18 anos de idade em populações específicas. Assim deve-se ter em atenção:

- Para a população analfabeta - será incluída uma testemunha do inquirido no processo de consentimento informado;
- Para a população menor - será incluída uma testemunha do inquirido no processo de consentimento informado;
- Se a pessoa beneficiária é uma criança com menos de 5 anos, deve-se obter o consentimento de um dos pais, ou, na ausência de um dos pais, o consentimento de um adulto responsável com 18 ou mais anos de idade. Se o pai/adulto responsável não concordar com o teste, este não deverá ser realizado;
- Se o indivíduo elegível é um adolescente com 15-17 anos, deve-se obter o consentimento do pai do adolescente ou adulto responsável e /ou do adolescente. Se tanto o pai/adulto responsável e/ou o **adolescente** não concordar com o teste, este não deverá ser realizado.

14.6 Procedimentos de Laboratório para o Teste VIH

As fichas de colheita elegíveis para a testagem de VIH serão primeiro testadas, utilizando o método ELISA com o kit Vironostika® (ELISA-1).

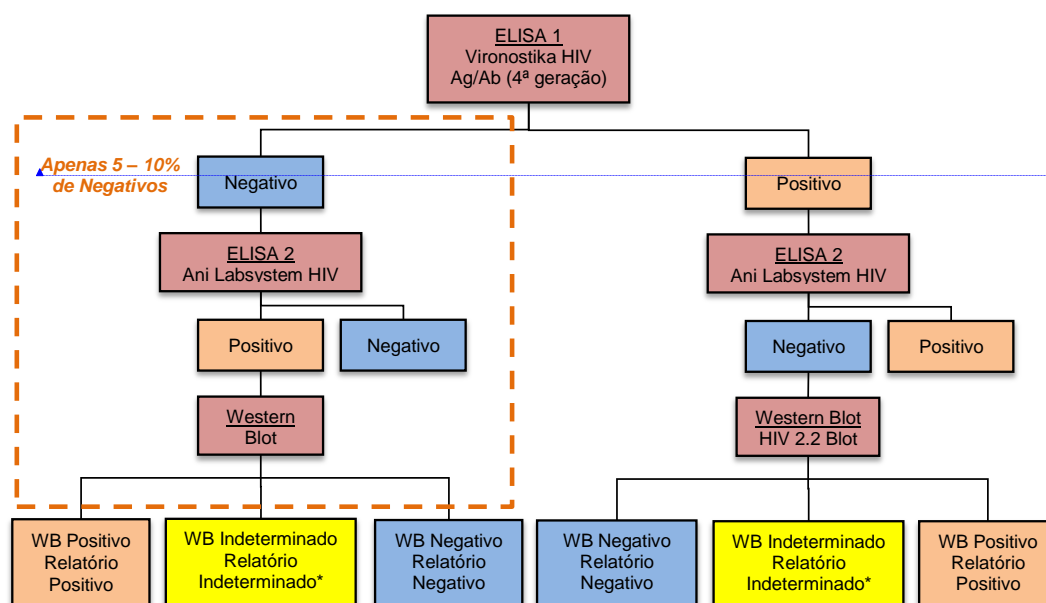
No caso do resultado ELISA-1 ser positivo, este será reconfirmado por outro método ELISA com o kit Ani Labssystem® (ELISA-2). No caso do ELISA-2 ser positivo, então o resultado anterior está confirmado como positivo e a testagem finalizada. No caso do ELISA-2 ser negativo, este resultado será reconfirmado utilizando a técnica de Western Blot (WB), da qual sairá um resultado final que poderá ser positivo, indeterminado ou negativo. Caso o resultado do WB seja indeterminado, a mesma técnica deverá ser repetida para reconfirmação.

Apenas 5 - 10% das amostras com resultados negativos para ELISA-1 serão testadas pelo método ELISA com o kit Ani Labssystem® (ELISA-2) para confirmação. No caso do ELISA-2 ser negativo, considera-se o resultado final negativo e a testagem finalizada. No caso de a ELISA-2 ser positivo, este resultado será reconfirmado utilizando a técnica de Western Blot (WB), da qual sairá um resultado final que poderá ser positivo, indeterminado ou negativo. Caso o resultado do WB seja indeterminado, a mesma técnica deverá ser repetida para reconfirmação.

Todos os resultados positivos e 5% dos negativos serão testados pela segunda vez por um grupo independente de técnicos de laboratório para que haja um controlo de qualidade externa. O controlo de qualidade externo será fornecido pelo Laboratório Externo da África do Sul.

A duração da testagem das amostras será de cerca de 45 dias. O INSP terá que processar no total cerca de 17.790 amostras, utilizando as técnicas ELISA-1, ELISA-2 e Western Blot (Ver figura do algoritmo dos testes de VIH para mais detalhes).

Figura 2 – Algoritmo dos teste do VIH



* Todos os “indeterminados” deverão ser testados novamente usando o método Western-Blot. O resultado de WB deverá ser considerado como resultado final.

Todos os resultados positivos e 5% dos negativos serão testados novamente (cegos) por um grupo independente de técnicos de laboratórios para um Controlo de Qualidade Externo (EQC)

Durante o trabalho de campo, os supervisores irão recolher as fichas de colheita do questionário e enviá-las ao INE para a monitorização da correspondência com o número da amostra colhida e anonimizá-las. Concomitantemente, as fichas de colheita serão enviadas ao Laboratório Nacional do INSP. As amostras de sangue serão armazenadas até ao fim do trabalho de campo e os testes só serão feitos no final do inquérito depois da anonimização dos dados.

14.7 Anonimização dos Resultados

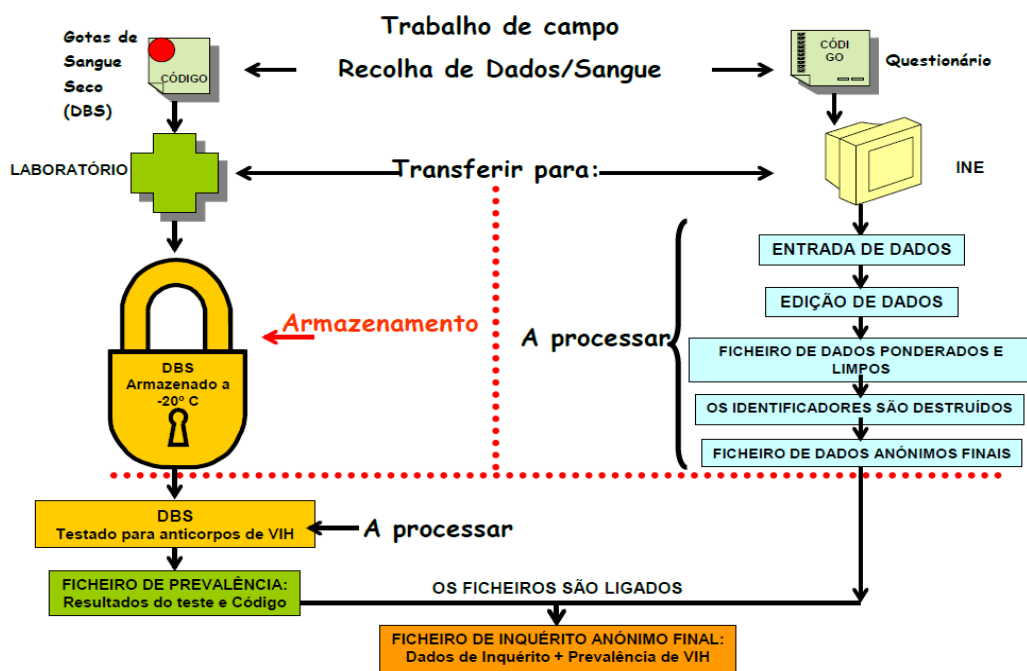
Após a finalização do trabalho de campo, cada questionário terá o seu código de barras (alocado pelo INE) ao qual será indexada a respectiva ficha de colheita pela técnica DBS (com o mesmo código) para que haja correspondência entre a ficha e os dados, assim como a confidencialidade dos mesmos e dos resultados. Esta ficha de colheita devidamente codificada será enviada ao INSP para ser armazenada à temperatura de (-20°C) até à altura do seu processamento/testagem (ver fluxograma abaixo), do qual sairá um resultado para o VIH. Este resultado é depois associado ao respectivo questionário.

O Laboratório Nacional do INSP contará com apoio técnico da Macro para a entrada dos resultados dos testes, projectado de acordo com o algoritmo aprovado, que passa pela contagem automática do número total de amostras analisadas, dos casos positivos e casos negativos de acordo com os vários kits utilizados. A cada duas semanas, a equipa do INSP deverá fornecer os resultados destas contagens globais, de modo a controlar a realização de testes e detectar eventuais anomalias. Este arquivo confidencial estará sob a responsabilidade do Laboratório Nacional do INSP, até o final do Inquérito e passará por um processo de consistência com a base de dados sociodemográficos em posse

Formatada: Cor do tipo de letra: C
6

do INE. Estas duas bases de dados serão unidas (sem resultados do teste). Após concluído o processo de crítica e consistência e antes de se adicionar a base com os resultados dos testes do VIH, todas as informações que podem identificar os indivíduos (códigos de Secção Censitária, códigos do agregado familiar e do indivíduo e endereço da habitação,) deverão ser destruídos dos arquivos informatizados e questionários para garantir o anonimato dos dados.

Figura 3 – Fluxograma do trabalho de campo



15. OPERAÇÃO DE CAMPO

A recolha da informação é uma das fases mais importantes do Inquérito, o momento em que os questionários são preenchidos com base nas entrevistas directas efectuadas pelos inquiridores.

Nesta fase é importante respeitar escrupulosamente os intervalos da amostra, e entrevistar apenas os agregados seleccionados.

Para garantir sucesso e qualidade na informação a recolher é necessário obedecer o seguinte:

- Entrevistar apenas agregados familiares seleccionados na secção;
- Preencher os questionários com dados reportados pelo entrevistado;
- Garantir que todas as perguntas estejam preenchidas correctamente.

15.1 Carta de Apresentação

Os inquiridores apresentarão depois do processo de listagem e selecção dos agregados familiares, uma carta de aviso com descrição dos objectivos do inquérito e tipo de colaboração necessária.

15.2 Período de Referência dos Dados

O período de referência dos dados assume momentos distintos, consoante as variáveis em estudo.

Propõe-se que a recolha dos dados seja por entrevista directa presencial através do questionário em computador (PDA/Tablet). Em caso de falha informática poderá a entrevista directa decorrer sem computador, usando-se para isso a versão em papel do questionário.

15.3 Período de Recolha

A recolha de dados está prevista para o período de Julho à Outubro de 2015, com duração média de cerca de 3 meses.

A recolha de dados no terreno está prevista iniciar em Julho de 2015, em simultâneo, a nível das 18 províncias do país.

15.4 Organização da Operação de Campo

Os trabalhos de terreno serão executados por 29 equipas, uma para cada província e duas para as províncias de maior densidade populacional e complexidade em termos de acesso (ver quadro 4). Cada equipa de campo será constituída por: 1 supervisor, 1 técnico de saúde/laboratório, 4 inquiridores (sendo 1 homem e 3 mulheres) e 1 motorista.. Cada província contará com pessoal de reserva, o qual será utilizado apenas em caso de necessidade.

Quadro 5 – Número de agentes de campo necessários

Descrição	Quantidade
Número de equipas de campo	29
Supervisores	29
Inquiridores	116
Inquiridores suplentes	18
Técnicos de saúde	29
Técnicos de saúde suplentes	18
Motoristas	29
Total	239

O pessoal de campo, trabalhará sob a base do contrato de prestação de serviço, não lhe dando o estatuto de funcionário público, salvo os que já o possuem, cabendo-lhes:

- Localizar os agregados familiares seleccionados;
- Entrevistar os agregados seleccionados, incluindo os homens e mulheres elegíveis;
- Preencher os questionários completamente e conforme as instruções
- Entregar os questionários devidamente preenchidos ao Controlador.

As atribuições dos membros das equipas são as seguintes:

- **Supervisores** – tem a responsabilidade de coordenar, dinamizar a sua equipa, supervisionar toda a actividade de campo e seleccionar os agregados familiares, bem como proceder a verificação dos questionários preenchidos antes de ser submetido a equipa nacional, e apoiar na resolução de alguns problemas que eventualmente possam surgir no terreno, dentre outras.
- **Inquiridores** - serão responsáveis pela listagem dos agregados familiares e pela recolha dos dados (PDAs/Questionário em papel);
- **Técnicos de saúde** – serão responsáveis pela medição do peso e altura das crianças menores de 5 anos de idade e pela recolha de sangue para os testes biométricas

Cada equipa contará com o apoio de um cartógrafo a nível provincial, com a finalidade de apoiar na localização das áreas seleccionadas para entrevista de acordo às necessidades de cada equipa com apoio de GPS/Tablet.

Os supervisores e inquiridores serão capacitados em matéria de cartografia, visando assegurar o conhecimento prévio das condições no terreno, economizando tempo na localização dos agregados a entrevistar e outros recursos.

A operação de campo em cada Secção Censitária está estruturada para uma semana de trabalho (6 dias de trabalho e 1 dia de descanso). Com uma amostra total de cerca de 16.302 agregados familiares, caberá a cada inquiridor, entrevistar 25 agregados familiares em cada Secção Censitária..

Os seis (6) dias de trabalho serão usados da seguinte forma:

- **1º Dia:** Reservado para o reconhecimento da Secção Censitária com base num mapa censitário e para a listagem de agregados familiares á partir do respectivo questionário;
- **2º - 6º Dia:** Reservados para a recolha de dados (visitas aos agregados);
- **6º Dia:** Reservados para a verificação, correcção e revisitas;
- **7º Dia:** Reservado para descanso da equipa e viagem.

O arranque da operação de campo será realizado de forma simultânea nas 18 províncias.

15.5. Respondentes

As questões individuais serão **fornecidas pelo próprio**, excepto se o indivíduo não for encontrado, responderá o membro do agregado com 15 ou mais anos de idade que será capacitado no momento da entrevista. No caso das crianças com 0-4 anos, responderá a mãe ou a pessoa que cuida da mesma, assim como para os membros incapacitados para responder.

15.6 Equipamentos e Insumos para a Recolha

Este inquérito irá beneficiar dos meios de transporte utilizados no Censo 2014. Porém deve-se fazer e prever meios para comunicações e aquisição de meios e equipamentos para as actividades de campo, tal como:

Quadro 6 – Material para os agentes de campo

Descrição	Unidade Medida	Quantidade
Altímetros e balanças de medição	Unidade	47
Pranchetas, lápis, blocos, etc. (1 por agente de campo + 1 de reserva por equipa)	Kit	225
Testes malária	Kit	5.623
Testes (VIH/SIDA,	Kit	12.917
Teste anemia e Peso/Altura	Kit	6.342
GPS (1 para cada equipa + 1 extra em cada província)	Unidade	47
Computadores (Tablets/PDA)	Unidade	138

15.7 Remuneração dos Agentes de Campo

Para a remuneração das equipas de campo propõe-se um salário mensal que inclui salário básico adicionado a um subsídio de alimentação.

16. TESTE PILOTO

Prevê-se realizar um teste piloto, com o objectivo de testar a estratégia e os instrumentos desenhados para o Inquérito, cujos objectivos específicos são:

- Testar todas as componentes dos questionários, sobretudo, aquelas mais sensíveis relacionadas com as crianças e mulheres;
- Aplicação dos questionários tanto num cenário essencialmente urbano como rural;
- Verificar se possível a capacidade de manuseamento do tablet;
- Transferir os dados;
- Avaliar o nº de agregados que cada inquiridor consegue entrevistar por dia;
- Determinar o tempo de duração média de uma entrevista;
- Avaliar o grau de dificuldade na interpretação das questões (tanto da parte de quem faz como de quem responde);
- Avaliar o nível de consistência entre perguntas/respostas, inerentes ao próprio questionário;
- Testar o sistema de processamento de dados no campo, tirando partido da presença no país da missão de consultoria para o processamento de dados.

Prevê-se realizar o teste piloto em diferentes comunas, incluindo áreas urbanas e rurais durante o mês de Junho de 2015.

17. CAPACITAÇÃO

17.1 Capacitação da Equipa Técnica Nacional

Considerando a função vital atribuída à equipa de coordenação no controlo da qualidade dos dados por um lado e o perfil técnico dos quadros postos à disposição do projecto para desempenhar esta função, por outro lado, é importante que estes participem, desde cedo, nas actividades preparatórias do projecto. Estes técnicos terão a missão de supervisão nacional do Inquérito, através de visitas periódicas às províncias. Desta forma, o INE, garante a apropriação, por estes, dos contornos técnicos associados ao projecto, desde os seus objectivos, a estruturação dos questionários e a observância dos aspectos relacionados com a representatividade geográfica e temporal dos dados. Assim, a equipa técnica nacional/supervisores nacionais terá a missão de participar nas seguintes actividades:

- Preparação de um plano de acção detalhado para as actividades do inquérito;
- Revisão dos questionários;
- Realização do pré-teste dos questionários;
- Realização do teste piloto;
- Preparação e implementação do curso de capacitação dos agentes de campo;
- Treinamento contínuo durante a fase de operação de campo;
- Supervisão das equipas de campo;
- Preparação do plano de tabulação;
- Participação na elaboração dos relatórios de resultados.

17.2 Recrutamento e Selecção dos Candidatos à Agentes de Campo

O processo de recrutamento será à partir da base de dados dos formadores e agentes de campo do Censo 2014, disponível no INE. Esta estratégia visa reduzir o tempo do processo de avaliação das candidaturas e por outro lado beneficiar da participação de pessoal com alguma experiência em trabalho de campo. Pretende-se recrutar agentes de campo com residência nas províncias onde irão trabalhar.

O processo de avaliação e selecção dos candidatos deve ser organizado em 2 etapas:

- i) Análise dos perfis dos candidatos e respectiva selecção para entrevista;
- ii) Entrevistas directas aos candidatos e selecção de participantes ao curso de capacitação dos agentes de campo.

17.3 Capacitação dos Agentes de Campo

O treinamento dos agentes de campo constitui uma etapa de suma importância, já que o seu sucesso ou insucesso tem normalmente um impacto directo na qualidade do produto final.

Tendo em consideração a complexidade das questões do presente Inquérito, a formação será desenvolvida em uma única etapa pela equipa técnica de coordenação nacional apoiada por consultores, o que permitirá a transmissão directa do conteúdo programático do curso à todos os candidatos.

Atendendo a que os vários intervenientes na recolha de informação têm perfis e funções diferenciadas, a capacitação deve incluir temas como, legislação, princípios do sistema estatístico, definições, conceitos, métodos, procedimentos de controlo de qualidade, preenchimento de questionário, informática, funções e normas administrativas.

A formação terá por finalidade a apresentação do inquérito, seus objectivos e base conceptual, explicação do manual do inquiridor que será feita através de suporte visual (apresentação gráfica em *power point*), e também a apresentação da aplicação informática que suportará a recolha de dados.

Esta abordagem, embora onerosa, tem no entanto, a vantagem de garantir uma transmissão fiel do conteúdo programático e a uniformização dos procedimentos adoptados durante a operação de campo em toda a extensão geográfica coberta.

O curso de capacitação dos agentes de campo poderá ser realizado fora da cidade de Luanda (possivelmente numa das seguintes províncias Huíla, Bié ou Huambo), durante 4-5 semanas a partir do mês de Julho de 2015, o qual incluirá um adicional de 1-5% por província, assegurando a competitividade. Finda a capacitação, as equipas regressarão as suas províncias de origem para que na semana seguinte iniciem o processo de recolha de dados.

O programa do curso de capacitação, será potencialmente prático e prevê um sistema de avaliação contínuo e final. O programa está estruturado em duas componentes:

- 1) **Componente lectiva:** Cerca de 42% da carga horária total, consistirá em exposições teóricas sobre regras e procedimentos a considerar na captação dos dados e no preenchimento dos questionários. Estas exposições serão feitas por três formadores, dois dos quais irão complementar-se para manter a dinâmica de grupo apoiando-se em meios audiovisuais. O terceiro formador funcionará como moderador para garantir uma gestão eficiente do tempo e uma distribuição adequada das oportunidades de intervenção entre os participantes durante as sessões de perguntas e respostas;
- 2) **Componente prática:** Com uma carga horária cerca de 58% da carga horária total, a componente prática integra duas sub-componentes:
 - i. A primeira sub-componente, consistirá na realização de **entrevistas simuladas diárias** a partir de cenários previamente desenvolvidos;
 - ii. A segunda sub-componente, consistirá na realização de **práticas de campo sob forma de entrevistas à agregados familiares** residentes em bairros e aldeias da província onde decorrerá a formação. Inclui práticas de campo para experimentação do conteúdo

teórico transmitido durante toda a parte lectiva, desde o reconhecimento de uma área geográfica seleccionada, à listagem de agregados familiares e ao preenchimento dos questionários.

18. MOBILIZAÇÃO E PUBLICIDADE

É fundamental garantir-se um engajamento adequado das autoridades locais no apoio às actividades do inquérito. A importância de se estabelecer uma estratégia de comunicação acutilante para prevenir problemas ligados à falta de comunicação com as autoridades locais sobre a operação de campo, antes desta ter início é sublinhada.

Outra medida que poderá atenuar os efeitos deste tipo de problemas, reside no planeamento rigoroso da actividade de campo através da elaboração prévia de um cronograma de trabalho, informando com a devida antecedência, quais as áreas em que as equipas de campo deverão trabalhar. Este cronograma funcionará como um instrumento de planeamento para as equipas locais, a partir do qual, elas deverão estabelecer os necessários contactos com as autoridades locais.

A actividade de educação, sensibilização e comunicação tem como principal objectivo, divulgar junto de toda a sociedade nos distintos estratos sociais, informação relevante sobre a realização do IIMS 2015, designadamente no que concerne aos seus objectivos e importância, bem como a necessidade da participação de toda a população com vista a assegurar o seu envolvimento e o sucesso da operação.

19. PROCESSAMENTO DE DADOS

Está prevista a recolha de dados em *Tablets/PDA*, o que será ser um avanço no ganho do tempo da digitação e nos erros de transcrição de dados pelo digitador que muitas vezes não compreende tecnicamente o questionário.

A digitação dos dados no campo traz associada a vantagem de permitir que os erros de campo sejam detectados e corrigidos a partir de um sistema de crítica associado ao sistema de recolha. Por outro lado tem-se o risco ligado a perda da informação armazenada electronicamente. Para a minimização deste risco é recomendada:

- a) A produção regular de *back-ups* da informação processada no campo;
- b) A criação de um sistema que facilite a transmissão, de forma regular, dos dados processados para Luanda.

A fim de apoiar o INE na preparação do sistema de processamento de dados, é crucial que logo após a aprovação do documento, isto é entre Janeiro à Fevereiro de 2015, seja concretizada a contratação de um consultor internacional ou empresa para trabalhar em estreita colaboração com os técnicos do Departamento de Informática, principalmente com o responsável pelo processamento de dados da equipa de Coordenação e Supervisão Técnica do Inquérito.

É igualmente fundamental que no momento da capacitação das equipas para o teste piloto, dispor de uma versão preliminar do aplicativo para a entrada de dados, com base na versão existente dos questionários. Para além da necessidade de revisão dos questionários e as correcções que serão introduzidas no programa de processamento.

Esta actividade integrará um conjunto de tarefas orientadas aos dados introduzidos nos *questionários electrónicos* durante a recolha no campo (CAPI), sua validação e análise de consistência.

Todas estas operações serão realizadas com ajuda do computador e compreendem:

- Elaboração do manual de processamento de dados;
- Programa de entrada e processamento de dados;
- Procedimentos de controlo de qualidade de entrada de dados.

Deve-se ter em especial atenção a transferência dos dados dos computadores portáteis para o servidor central do INE.

20. ANÁLISE DE DADOS

Esta actividade diz respeito à preparação, edição e impressão dos resultados ao nível nacional e provincial, segundo o plano de tabulação, visando a elaboração de dois relatórios técnicos.

Será elaborado um documento que apresenta o desenho dos quadros de resultados, desagregado a nível das principais variáveis (nacional, provincial e urbano/rural). Estará em estreita relação com o questionário e com os objectivos do Inquérito e tomará em conta as necessidades dos utilizadores. A saída dos quadros estatísticos será executada em SPSS.

Este processo contará com o apoio técnico dos consultores do Inquérito.

21. PUBLICAÇÃO E DISSEMINAÇÃO DOS DADOS

A análise será feita com distintos níveis de profundidade. Porém, será feita uma análise básica de dados dos quadros, quer ao nível nacional, quer ao nível provincial/regional, que constituirão as bases para apresentação de temas específicos (VIH/SIDA, Malária, Saúde Materna, Saúde da Criança) nos seguintes relatórios:

- **Relatório dos Quadros de Resultados - Volume I:** pretende apresentar uma compilação de todos os quadros. Este relatório é destinado à utilizadores com mais experiência na análise e interpretação de dados, que queiram aprofundar alguns dos aspectos abordados neste volume;
- **Relatório Analítico - Volume II:** pretende apresentar, de forma acessível ao utilizador comum, uma descrição e interpretação dos principais resultados.

22. ORÇAMENTO ESTIMADO

O êxito de um inquérito, desta envergadura, depende em grande medida da disponibilização atempada dos recursos financeiros necessários para concretizar esta operação. Assim, é recomendado que todas as etapas de planificação, recolha, análise e disseminação sejam orçamentadas e sejam feitos esforços para a mobilização dos fundos requeridos.

Para além do Governo de Angola, o programa contará com a assistência financeira de organismos internacionais, tais como USAID, Banco Mundial através do Projecto de Reforço dos Serviços Municipais de Saúde e UNICEF, conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 7 - Resumo do orçamento para o IIMS 2015

Actividade	Total por actividade (USD)	Contribuição				
		INE	MINSABM	USAID	UNICEF	Outros
I. Pessoal do escritório	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
II. Teste piloto	\$368 112	\$0	\$0	\$368 112	\$0	\$0
III. Mobilização social	\$311 304	\$0	\$0	\$311 304	\$0	\$0
IV. Formação para o trabalho de campo	\$1 919 590	\$0	\$1 919 590	\$0	\$0	\$0
V. Trabalho de campo	\$1 950 743	\$0	\$0	\$1 950 743	\$0	\$0
VI. Processamento de dados	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
VII. Impressão	\$336 868	\$0	\$0	\$336 868	\$0	\$0
VIII. Equipamento e outros insumos	\$2 809 715	\$2 262 000	\$0	\$547 715	\$0	\$0
IX. Laboratório	\$37 550	\$0	\$0	\$37 550	\$0	\$0
X. Assistência técnica	\$996 730	\$0	\$0	\$781 730	\$215 000	\$0
XI. Outros custos	\$47 775	\$0	\$0	\$47 775	\$0	\$0
Total (I-XI)	\$8 778 387	\$2 262 000	\$1 919 590	\$4 381 797	\$215 000	\$0
Total com Imprevistos	\$9 141 504	\$2 375 100	\$2 015 570	\$4 535 835	\$215 000	\$0

23. PRINCIPAIS INDICADORES

Apresenta-se no quadro abaixo os indicadores que deverão ser obtidos a partir das informações do IIMS 2015:

Quadro 8 - Principais indicadores do IIMS 2015

1.	Características Sociodemográficas
1.1	Índice de dependência total
1.2	Índice de dependência de jovens
1.3	Índice de dependência de idosos
1.4	Índice de juvenescimento
1.5	Índice de envelhecimento
1.6	Índice de masculinidade
2	Educação e Ensino
2.1	Proporção da população com 15-24 anos de idade que sabe ler e escrever – ODM
2.2	Taxa de alfabetização
2.3	Proporção de crianças com 5-18 anos que nunca frequentaram a escola
2.4	Taxa de matrícula (crianças com 5-18 anos)
2.5	Abandono escolar (crianças com 5-18 anos)
2.6	Taxa líquida de frequência do ensino primário (crianças 6-11 anos)
2.7	Taxa líquida de escolarização no ensino primário (crianças com 6-11 anos de idade)
2.8	Índice de paridade na escolarização das - ODM
2.9	Índice de paridade na escolarização do ensino primário (crianças com 6 - 11 anos de idade) - ODM
2.10	Taxa líquida de frequência do ensino secundário (crianças com 11-18 anos)
2.11	Taxa líquida de escolarização no ensino secundário (população com 11-18 anos de idade)
2.11	Índice de paridade na escolarização no ensino secundário (crianças com 11-18 anos de idade)
2.12	Razão entre a taxa de escolaridade feminina e masculina na população com 15-24 anos – ODM
2.14	Razão entre a taxa de frequência escolar de crianças órfãs e a taxa de frequência escolar de crianças não órfãs – ODM
3	Mortalidade
3.1	Taxa de mortalidade das crianças com 0-30 dias/Probabilidade de morrer durante o primeiro mês de vida/Mortalidade Neo-Natal
3.2	Taxa de mortalidade Pós-Neonatal/Probabilidade de morrer entre 1-12 meses de idade/ (Mortalidade Pós-Neonatal
3.3	Taxa de mortalidade das crianças com 0-11 meses de idade/Probabilidade de morrer durante o primeiro ano de vida/Mortalidade Infantil – ODM
3.4	Taxa de mortalidade das crianças com 12-59 meses de idade/Probabilidade de morrer entre 12 -59 meses de idade/Mortalidade Infanto-juvenil
3.5	Taxa de mortalidade das crianças com 0-59 meses de idade/Probabilidade de morrer antes de completar cinco anos de vida/Mortalidade Infanto-Juvenil/ – ODM
3.6	Taxa de Mortalidade Materna – ODM
3.7	Taxa de Mortalidade Global
3.8	Esperança de vida ao nascer

Continua na página seguinte

4.	Nutrição
4.1	Proporção de nascidos vivos nos dois anos anteriores ao inquérito que pesou abaixo de 2,500 kg
4.2	Prevalência de mal nutrição em crianças com 0-59 meses
4.3	Prevalência do nanismo nas crianças menores de 5 anos
4.4	Prevalência do marasmo (crianças 0-4 anos)
4.5	Prevalência de baixo peso entre as crianças com 0-4 anos
4.6	Proporção de crianças que foram amamentadas nas primeiras 24 horas após o parto
4.7	Proporção de crianças menores de dois anos não amamentadas
4.8	Prevalência do aleitamento materno exclusivo nas crianças com menos de 6 meses
4.9	Proporção de crianças menores de 6 meses amamentadas e bebendo somente água
4.10	Taxa de amamentação continuada (crianças com 12-15 meses e 20-23 meses)
4.11	Prevalência da alimentação de leite nas crianças não amamentadas com 6-23 meses
4.11	Proporção de crianças menores de dois anos amamentadas e consumindo alimentos complementares/Taxa de alimentação complementar
4.12	Proporção de crianças com 0-12 meses alimentadas através do biberão
4.14	Proporção de crianças com 6-59 meses que tomaram dose elevada de Vitamina A/Cobertura do Suplemento de Vitamina A nas crianças com 6-59 meses
4.15	Proporção de mulheres com 15-49 anos com parto nos últimos 12 meses que tomaram dose elevada de Vitamina A/Cobertura do Suplemento de Vitamina A nas grávidas com 15-49 anos
4.16	Proporção de recém-nascidos de baixo peso ao nascer (abaixo de 2,500 kg)
4.17	Proporção de crianças com 6-59 meses que receberam desparasitantes
4.18	Proporção de agregados que consomem sal iodizado
5.	Saúde Infantil
5.1	Cobertura vacinal contra BCG, Pólio 3, DTP 3, Sarampo, Febre-Amarela e Hepatite B (crianças com 0-12 meses e 12-23 meses)
5.2	Proporção de crianças com 0-59 meses que tiveram diarreia nas duas últimas semanas/Prevalência de diarreia nas crianças com 0-59 meses
5.3	Proporção de crianças com 0-59 meses que tiveram diarreia nas duas últimas semanas e tomaram Soro de Reidratação Oral (SRO) ou outra solução caseira apropriada
5.4	Proporção de crianças com 0-59 meses com diarreia nas últimas duas semanas que tomaram SRO e que continuaram a ser alimentadas durante a ocorrência da diarreia
5.5	Proporção de crianças com 0-59 meses com Infecção Respiratória Aguda (IRA) nas duas últimas semanas
5.6	Proporção de crianças com 0-59 meses com IRA nas duas últimas semanas e que receberam tratamento adequado
5.7	Proporção de crianças com 0-59 que dormiram protegidas por uma rede de mosquito tratado com inseticida de longa duração durante a noite anterior a entrevista
5.8	Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram febre nas duas últimas semanas e que tomaram antimaláricos apropriados (ACT).
5.9	Proporção de crianças menores de 5 anos doentes com febre e que receberam tratamento com antimaláricos (ACT) no mesmo dia ou no seguinte ao início da febre
5.10	Prevalência da anemia moderada nas crianças de 6-59 meses
5.11	Prevalência da anemia grave nas crianças de 6-59 meses
5.11	Proporção de nascimentos ocorridos nos últimos 5 anos protegidos contra tétano neonatal
5.11	Proporção de grávidas com 15-49 anos de idade que dormiram debaixo de uma rede de mosquito tratado com inseticida durante a noite anterior ao inquérito
5.12	Prevalência da malária nas crianças com 6-59 meses

Continua na página seguinte

6.	Fecundidade e Saúde Reprodutiva
6.1	Proporção de mulheres com 15-24 anos de idade actualmente casadas ou em união de facto
6.2	Proporção de mulheres com 15-24 anos de idade, casadas ou em união de facto, cujos parceiros são 10 ou mais anos mais velhos
6.3	Proporção de homens com 18 ou mais anos de idade que vivem com mais de uma esposa
6.4	Taxa de fecundidade na adolescência (mulheres com 15-19 anos)
6.5	Proporção de mulheres que iniciaram a procriação antes dos 18 anos (entre as mulheres de 25 anos ou mais)
6.6	Taxa de fecundidade (total, específica e na adolescência)
6.7	Idade mediana ao nascimento do primeiro filho
6.8	Proporção de mulheres com 15-49 anos que utilizam ou os parceiros usam algum método contraceptivo
6.9	Proporção de mulheres com 15-49 anos com necessidades de planeamento familiar não atendidas
6.10	Prevalência de gravidez indesejada
6.11	Proporção de nascimentos nos últimos cinco anos, cujas mães estavam protegidas pelo tratamento preventivo da malária (tomaram 2 ou mais doses de SP/Fansidar durante a última gravidez)
6.11	Proporção de mulheres com 15-49 anos que fizeram 4 ou mais consultas pré-natal durante a última gravidez
6.12	Proporção de mulheres com 15-49 anos com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses, atendidas por pessoal de saúde qualificado nas consultas de pré-natal,
6.14	Proporção de mulheres com 15-49 anos com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses em unidades institucionais de saúde
6.15	Proporção de mulheres com 15-49 anos com filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses, cujos partos foram assistidos por pessoal de saúde qualificado – ODM
6.16	Proporção de mulheres com 15-49 anos que dormiram debaixo de uma rede de mosquiteiro tratada com insecticida de longa duração durante a noite anterior ao inquérito
6.17	Idade mediana da 1ª relação sexual (15-49 anos de idade)
6.18	Taxa de prevalência de contraceptivos
6.19	Proporção de mulheres com 15-49 anos com filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos, que fizeram 4 ou mais consultas de pré-natal, por pessoal de saúde qualificado
6.20	Proporção de mulheres com 15-49 anos de idade, com filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos, protegidas contra tétano neonatal
6.21	Proporção de mulheres com 15-49 anos de idade, com filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos, cujos partos foram assistidos por pessoal de saúde qualificado
6.22	Proporção de mulheres com 15-49 anos de idade, com filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos, cujo parto foi por cesariana
7.	Direito das Crianças
7.1	Proporção de crianças com 0-17 anos de idade órfãs de pai ou de mãe (Taxa de orfandade)
7.2	Proporção de crianças com 0-17 anos de idade que não vivem com os pais biológicos
7.3	Razão entre a frequência escolar das crianças com 10-14 anos de idade órfãs de ambos os pais e a frequência escolar das crianças não órfãs que vivem com pelo menos um dos pais
7.4	Proporção de crianças com 0-5 anos sem registo de nascimento
7.5	Proporção de crianças com 5-14 anos envolvidas em trabalho infantil
7.6	Proporção de crianças com 5-14 anos de idade envolvidas em actividades de trabalho infantil e a frequentar a escola
8	VIH e SIDA
8.1	Proporção da população com 15-24 anos de idade que identificaram correctamente as principais formas de transmissão e prevenção do VIH e rejeitaram as formas falsas sobre a transmissão do VIH - ODM
8.2	Proporção da população com 15-49 anos de idade que demonstraram atitudes de estigma para com as pessoas com VIH/SIDA.

Continua na página seguinte

8.3	Proporção da população com 15-24 anos de idade que teve a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade
8.5	Proporção da população com 15-49 anos que reportaram ter tido múltiplos parceiros sexuais nos últimos 12 meses
8.6	Proporção da população com 15-49 anos de idade que teve mais de um parceiro(a) sexual nos últimos 12 meses e usou preservativo na última relação sexual
8.7	Proporção da população com 15-49 anos de idade, que fez teste do VIH nos últimos 12 meses e receberam os resultados
8.8	Proporção de mulheres com 15-49 anos de idade, com filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos que receberam aconselhamento sobre o VIH e SIDA durante as consultas de pré-natal
8.9	Proporção de mulheres com 15-49 anos com filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos, que receberam aconselhamento e testagem sobre o VIH e SIDA durante as consultas de pré-natal
8.10	Proporção de mulheres com 15-49 anos de idade, com filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos que fizeram o teste do VIH e SIDA durante as consultas de pré-natal
9.	Violência Doméstica
9.1	Proporção de mulheres de 15-49 anos de idade alguma vez casados ou em união marital que já sofreram violência conjugal alguma vez ou durante os 11 últimos meses
9.2	Proporção de mulheres de 15-49 anos de idade alguma vez casados ou em união marital que já sofreram de violência emocional alguma vez ou durante os 11 últimos meses
9.3	Proporção de mulheres de 15-49 anos de idade alguma vez casados ou em união marital que já sofreram de violência física alguma vez e durante os 11 últimos meses
9.4	Proporção de mulheres de 15-49 anos de idade alguma vez casados ou em união marital que já sofreram de violência sexual alguma vez e durante os 11 últimos meses
9.5	Idade média à primeira agressão sexual
10.	Uso de Álcool e de Tabaco
10.1	Proporção da população com 15-49 anos que consome bebidas alcoólicas
10.2	Proporção da população que consumiu bebidas alcoólicas antes dos 15 anos
10.3	Proporção da população com 15 anos ou mais que fuma cigarro ou cachimbo
10.4	Proporção da população que consumiu cigarro ou cachimbo antes dos 15 anos
11.	Acesso a Habitação, Água e Saneamento Básico
11.1	Proporção de agregados familiares chefiados por mulheres
11.3	Média de pessoas por agregado familiar
11.5	Proporção da população que vive em habitações sobrelotadas
11.6	Proporção de agregados familiares com acesso a electricidade
11.7	Proporção de agregados familiares que possuem pelo menos uma rede de mosquitoireiro tratada com insecticida
11.8	Proporção de agregados familiares, cujas habitações foram pulverizadas com insecticida de efeito residual durante os últimos 12 meses
11.9	Proporção da população que usa uma fonte apropriada de água para beber – ODM
11.11	Proporção da população que usa uma instalação sanitária apropriada – ODM
11.11	Proporção de agregados familiares que utilizam combustível sólido para cozinhar - ODM
11.12	Proporção de agregados familiares com um lugar apropriado para a lavagem das mãos
12.	Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC
12.1	Proporção da população com acesso ao telefone da rede fixa
12.2	Proporção da população com acesso ao telefone da rede móvel
12.3	Proporção da população com acesso ao computador
12.4	Proporção da população com acesso a internet à partir de casa
12.5	Proporção da população com acesso a rádio ou a televisão

24. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Inquérito sobre Indicadores de Objectivos Múltiplos – MICS I 1996 – INE Angola
- Inquérito sobre Indicadores de Objectivos Múltiplos – MICS II 2006 – INE Angola
- Inquérito integrado sobre Bem-Estar da População – IBEP 2008/2009 – INE Angola
- Inquérito Demográfico e de Saúde – IDS 2011 – INE Moçambique
- Inquérito aos Indicadores de Objectivos Múltiplos – MICS/IDSR 2010 – INE Guiné Bissau
- Inquérito Demográfico e de Saúde – IDS 2008/9 – INE São Tomé
- Multiple Indicator Cluster Survey Plan (MICS V 2012- 2015) – www.childinfo.org
- Survey Organization Manual for Demographic and Health Surveys (DHS VII) MEASURE DHS, ICF International – www.measuredhs.com.



Rua Ho Chi Minh, C.P. nº 1215, Tel: (+244) 938 215 557
www.ine.gov.ao
Luanda - Angola