

# Inquérito de Indicadores Múltiplos MICS III São Tomé e Príncipe



Setembro 2006

## ÍNDICE

PREÂMBULO E AGRADECIMENTOS .....	3
INTRODUÇÃO .....	4
OBJECTIVOS GERAIS .....	7
I. MÉTODO DE CONSTITUIÇÃO DE AMOSTRAGEM E INQUÉRITO .....	8
CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA .....	8
Unidade de amostra .....	8
Unidade de análise .....	8
Base de Amostragem .....	9
Procedimento de Selecção .....	9
Determinação do Tamanho da Amostra .....	9
Cálculo do tamanho da amostra por Distrito .....	10
QUESTIONÁRIOS .....	11
A adaptação do questionário ao contexto Sãotomense.....	12
TRABALHO DE TERRENO E TRATAMENTO DOS DADOS.....	13
PARTICIPAÇÃO DA AMOSTRA .....	13
II. RESULTADOS .....	15
MORTALIDADE INFANTIL.....	15
ESTADO NUTRICIONAL .....	16
ALEITAMENTO MATERNO .....	18
FREQUÊNCIA ESCOLAR .....	27
CASAMENTO E UNIÃO DE FACTO .....	29
CONHECIMENTO SOBRE A TRANSMISSÃO DO HIV\SIDA E A UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVOS .....	33
FREQUÊNCIA ESCOLAR NAS CRIANÇAS ÓRFÃOS E VULNERÁVEIS .....	34
CONCLUSÃO .....	35

## **PREÂMBULO E AGRADECIMENTOS**

O Governo de São Tomé e Príncipe, representado pelo Ministro de Plano e de Finanças através de uma equipa técnica do Instituto Nacional de Estatística, com o apoio financeiro do UNICEF, realizou ao longo do ano 2006 o MICS III, Inquérito a Indicadores Múltiplos.

O MICS III de 2006 representa um meio considerável para fornecer informações actualizadas sobre a situação global das Crianças e Mulheres em São Tomé e Príncipe. É o terceiro Inquérito deste género realizado no País. Constitui igualmente um importante esforço para cobrir os novos aspectos ligados a Convenção dos Direitos das Crianças, dotando o País de informações que não dispunha.

O interesse específico deste Inquérito é o de descrever a situação actual das Crianças e das Mulheres em São Tomé e Príncipe, segundo os objectivos fixados na Conferencia Mundial das Crianças (CMC) e os Objectivos para o Desenvolvimento do Milénio (ODM) e permitir efectuar comparações ao nível internacional. A análise dos dados do MICS III descrevendo a situação das Crianças e das Mulheres servirá aos agentes de desenvolvimento na concepção de políticas e projectos direccionados para estas duas categorias de população. Este documento vai permitir também a avaliação e a comparação dos progressos realizados no quadro dos objectivos do CMC sobre a situação actual das crianças e das mulheres com relação a situação registada no momento do MICS II 2000.

A realização desta importante operação estatística foi possível graças a estreita colaboração entre o Governo e o UNICEF, mas sobretudo para contribuição essencial dos técnicos, do pessoal do terreno, dos agentes de tratamento dos dados, e dos consultores que fizeram o melhor, na concepção do inquérito, na recolha dos dados, no tratamento e análise dos mesmos.

Os nossos agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a realização desta operação estatística, o MICS III.

## INTRODUÇÃO

São Tomé e Príncipe adoptou a Convenção sobre os Direitos das Crianças (CDC) e subscreveu os diferentes engagements fixados a partir da Conferencia Mundial das Crianças (CMC) realizada em Nova York em Setembro de 1990, com a participação de 158 chefes de Estados e de Governos. O respeito de todos estes engagements e de todos aqueles que o seguiram conduziram a implementação dos diferentes tipos de programas a favor das crianças e das mulheres. Assim, de 1991 a 1996, no quadro de cooperação entre o Governo e UNICEF, os programas foram desenvolvidos e postos em prática no domínio da Saúde Materna e Infantil, de aprovisionamento de água potável, do Saneamento do Meio, da Educação Pré-escolar e Básico, do desenvolvimento comunitário e de inserção social das crianças de rua.

Os objectivos a atingir eram o de reduzir a taxa da mortalidade materna e infantil e melhorar a qualidade de vida das crianças, em particular, o seu estado nutricional e a sua educação.<sup>1</sup> Sobre o período de programação subsequente (1997-2001), os esforços continuaram nesses mesmos domínios, com maior tendência para melhorar consideravelmente a cobertura, aprovisionamento e qualidade dos serviços sociais de base, nomeadamente em matéria de saúde e da educação de base, água e saneamento. O programa previa também reforçar á todos os níveis as capacidades nos domínios de saúde, educação de base, água e saneamento assim como os mecanismos de seguimento e avaliação afim de permitir a durabilidade dos serviços fornecidos. Outros objectivos fixados nesse mesmo período eram uma melhor protecção de assistência as crianças em situação difíceis e o reforço das capacidades comunitárias de gerir os serviços sociais.

A realização desses programas produziu mudanças qualitativas na vida dos são-tomenses, mudanças essas que foram notadas no período precedente ao MICS nos anos 1990 e em 2000. Na verdade depois de 1990 nota-se uma evolução positiva dos indicadores de saúde, de nutrição, de desenvolvimento das crianças, de educação e de protecção. A mortalidade infanto-juvenil passou de 138 por mil em 1994 e 97 por mil em 2000 (relatório MICS II 2000). A taxa de escolarização no ensino primário atingiu 100% nos rapazes e 94% nas raparigas, entre 1998 e 2002 (cf. Childinfo.org.). A desnutrição recuou no país com a baixa da proporção das crianças sofrendo de insuficiência ponderada moderada e severa (13% em 2000 contra 11% em 2003).

---

<sup>1</sup> Cf. Programa nacional de cooperação 1997-2001,p.8

Estas tendências observadas em São Tomé e Príncipe são também observadas nos outros países em desenvolvimento. Todavia, apesar destes progressos, muito fica por fazer para melhorar a qualidade de vida das Crianças e Mulheres. A mortalidade precoce ronda ainda um número considerável das crianças no mundo (mais de 10 milhões por ano); a universalização do ensino básico ainda é um objectivo longínquo, com mais de 100 milhões de crianças com idade escolar a não frequentarem a escola sendo que a maioria é constituída por raparigas; um número mais elevado das crianças sofrem da desnutrição; o HIV/SIDA não para de se alastrar no mundo em geral e em África em particular, com consequências dolorosas para as crianças. Os numerosos conflitos que marcam o mundo, as catástrofes naturais, a má governação e os fenómenos de várias naturezas (exploração das crianças) contribuem para agravar a vida de milhões de crianças e comprometem assim o seu futuro. Os desafios a contornar para atingir os objectivos fixados a favor das crianças são ainda diversos.

Para contornar estes desafios, a comunidade internacional, sob a liderança do UNICEF, engajou-se na criação um mundo digno para as crianças. O plano de acção que saiu dessa nova iniciativa frisa os 4 domínios seguintes:

- ✓ Promover uma vida com boa saúde
- ✓ Oferecer educação de qualidade
- ✓ Proteger as crianças contra os abusos, explorações e a violência, e
- ✓ Combater o HIV/SIDA

O programa de cooperação entre STP e UNICEF para o período 2000-2006 fez eco a iniciativa "Mundo Digno das Crianças" (MDC), dando prioridade aos serviços de base em que os cuidados primários assumiam relevância com a iniciativa de Bamako, tais como: de saúde (seguimento das crianças – vacinação, prevenção, tratamento das doenças infantis – e promoção da saúde – nutrição, maternidade sem risco de sida e educação não formal) e a protecção das crianças, o reforço das capacidades em matéria de planificação social e aos níveis ministeriais e comunitários<sup>2</sup>.

Para além da iniciativa MDE, a comunidade internacional e os países engajaram-se para atingir outros objectivos de desenvolvimento. É assim que se constata, os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, o Fundo Mundial da Luta Contra o Sida, a Iniciativa de Abudja de Luta Contra o Paludismo, e os Planos Estratégicos de Luta Contra a Pobreza.

---

<sup>2</sup> Cf. Programa nacional de cooperação 2001-2006, estrutura dos planos de actividades dos programas 2002

A maioria das iniciativas são recentes, mas devido a vontade fixada de se conseguir resultados concretos, decidiu-se por um seguimento regular e sustentabilizar os progressos realizados. Isto permitirá rapidamente correcções necessárias para obtenção de resultados esperados. A terceira fase do MICSIII inscreve-se nessa lógica.

O presente relatório apresenta os resultados preliminares do Inquérito MICS III, que contou com a contribuição de uma Equipa Interdisciplinar a par da realização do Seminário de validação. Entretanto, deve-se frisar que o MICS III possui uma metodologia singular não sendo permitido de forma linear a *comparabilidade* entre os seus resultados e os dos outros Inquéritos similares.

## **OBJECTIVOS GERAIS**

O objectivo geral do MICSIII de 2006 é de servir de elemento de seguimento a iniciativa “Um Mundo Digno para as Crianças”, aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, ao Fundo Mundial de Luta Contra o HIV/Sida, ao Plano de Abduja Contra o Paludismo, etc.:

- Avaliar os progressos efectuados a médio- prazo para atingir os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMD), para um “ Mundo Digno das Crianças (MDC) e para outros engajamentos internacionais
- Avaliar os resultados atingidos em relação as 3 prioridades do Plano Estratégico de Médio Prazo 2000-2006 de UNICEF
- Dispor de dados recentes, pertinentes, desagregados por sexo, distrital e local e de residência para ajudar o Governo e os parceiro de desenvolvimento nas planificação das suas intervenções á favor da população em geral, das crianças e das mulheres em particular;
- Reforçar as capacidades nacionais e institucionais no domínio da recolha de dados, de tratamento, de análise, de difusão e armazenamento dos dados sociais.

## I. MÉTODO DE CONSTITUIÇÃO DE AMOSTRAGEM E INQUÉRITO

### CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra escolhida para o MICS III em São Tomé e Príncipe foi constituída com objectivo de fazer estimações baseadas num grande número de indicadores sobre a situação das Crianças e das Mulheres ao nível nacional, em zona urbana e rural e nos 7 distritos País: Água Grande, Mé – zochi, Cantagalo, Caué, Lembá, Lobata e Região Autónoma do Príncipe. Os distritos foram identificados como principal zona de amostragem, e a amostra foi escolhida em duas fases.

As zonas de recenseamento foram escolhidas, com probabilidade proporcional ao tamanho em primeiro nível. Uma vez que os agregados dessas zonas foram repartidos, constituiu-se sistematicamente uma amostra de 5645 agregados, dos quais 5625 foram inquiridos. Todas as áreas de enumeração seleccionadas foram visitadas.

#### Unidade de amostra

Para a amostra do presente estudo foi utilizada como base de sondagem uma listagem de Áreas de Enumeração (**A.E.**), com informações sobre os agregados familiares recolhidos durante o último recenseamento da população e da habitação realizado no País em 2001.

Com esta listagem a nível dos seis Distritos em São Tomé e da Região Autónoma do Príncipe, constituindo uma base de 149 Áreas de Enumeração, tornou-se possível proceder a selecção das áreas a serem abrangidas por esta operação estatística.

#### Unidade de análise

Atendendo a natureza do presente estudo, a unidade estatística central a analisar, ou seja, a unidade de análise foi obviamente o Agregado Familiar (A.F.), isto é, a "**População-Alvo**", tendo em conta, que esta unidade integra as mulheres e crianças que se pretende inquirir.

Neste caso, a unidade física seleccionada foi o alojamento, tendo em conta que a população – alvo são os indivíduos que, como é óbvio, constitui o agregado familiar são-tomense.



## Base de Amostragem

A base foi constituída por uma lista de áreas de enumeração, sendo 149 no total, distribuído por distritos. Cada área de enumeração comporta uma lista de agregado familiar fornecido pelo recenseamento de 2001.

## Procedimento de Selecção

Utilizou-se o método de amostragem probabilística, sistemática, estratificada e multi-etápica, habitualmente usado neste tipo de amostras, baseada na listagem de unidades de observação.

A tiragem foi feita em duas etapas para cada estrato, ou seja, durante a primeira etapa foram extraídas as áreas de enumeração com a probabilidade proporcional ao tamanho, enquanto que, na segunda etapa procedeu-se a tiragem dos agregados familiares, após a actualização da lista nas áreas previamente seleccionadas, de acordo com o método aleatória simples.

Os critérios de estratificação baseiam-se a nível da divisão geográfica, ou seja, os seis Distritos e a Região do Príncipe e o meio de residência. Estes critérios permitiram assegurar a representatividade da amostra, dando a possibilidade de estimar os indicadores ao nível dos Distritos. A estimação dos indicadores ao nível de Distrito responde as exigências da planificação descentralizada.

## Determinação do Tamanho da Amostra

O tamanho da amostra foi determinado aplicando a fórmula usual corrigida para ter em conta o efeito de sondagem e (f) e as não respostas com 4 correspondentes a  $Z^2(\alpha/2)$ , r correspondendo a estimação de indicador (1-r) a diferença a 1 entre dr corresponde a margem de erros.

$$n_i = [4(r)(1-r)(f)(re)]/(dr)^2$$

Esta fórmula permitiu de calculo do número de indivíduos e da população-alvo a ser inquirida. Quando se quer obter o número de agregados associados, divide-se o número acima obtido, ou seja,  $n_i$  pelo número médio de pessoas no agregado. O número médio de pessoas da população-alvo no agregado foi obtido multiplicando o tamanho médio do agregado  $n_h$  pela proporção da população-alvo no conjunto da população (p). Por exemplo se a proporção de crianças com idade entre os 12 à 23 meses na população é de 20% e o tamanho médio do agregado é de 6 e tem-se em media 1.2 crianças de 12 à 23 meses por agregado. O número de agregado obtém-se da seguinte maneira:

$$n_{HH} = n_i/pn_h = [4(r)(1-r)(f)(re)]/[(dr)^2(p)(n_h)]$$

Aplicou-se esta fórmula para cada estrato separadamente e para toda a população. O tamanho obtido é mais elevado entre o tamanho de todo o País de uma parte e de outra parte pela soma dos tamanhos dos estratos. Para permitir a comparação dos indicadores dos estratos, obteve-se o mesmo tamanho da amostra para todos os estratos. A margem de erros relativa

utilizada para toda a população é de 12% e a dos estratos é 24%. A tabela abaixo indica o resultado destes cálculos.

### **Cálculo do tamanho da amostra por Distrito**

Parâmetros de calculo	Distrito1 (Agua Grande)	Distrito2 (Mé-Zochi)	Distrito3 (Cantagalo)	Distrito4 (Caué)	Distrito5 (Lemba)	Distrito6 (Lobata)	Distrito7 (Príncipe)	País
r	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
f	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
me	24%	24%	24%	24%	24%	24%	24%	12%
p								
n <sub>h</sub>								
re	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
<b>Total</b>	764	764	764	764	764	764	764	5348
	<b>800</b>	<b>800</b>	<b>800</b>	<b>800</b>	<b>800</b>	<b>800</b>	<b>800</b>	<b>5600</b>

Pode-se constatar na anterior tabela que o tamanho da amostra de é 5.348 agregados que foi arredondado para 5.600 agregados. O número do A. E. extraída, obtém-se através do número médio do agregado a inquirir em cada uma das A.E. Todavia o número limitado de A.E. em certos distritos torna este expediente muito complexa. Esta complexidade é ultrapassada mediante o recurso a um número médio de agregado a inquirir pela A.E. variável.

### **AMOSTRAGEM POR DISTRITO**

Domínio de estudo	A. E. 2001	A. F. 2001	Amostra A. Enumeração		Amostra de A. Familiar.		
			Seleccionado	%	a Inquirir	%	Médio p/AE
<b>STP</b>	<b>149</b>	<b>33889</b>	<b>100</b>	<b>67,11</b>	<b>5600</b>	<b>16,52</b>	<b>56</b>
Agua Grande	58	12642	40	68,97	800	6,33	20
Mé-Zochi	36	8386	20	55,56	800	9,54	40
Cantagalo	15	3416	9	60,00	800	23,42	90
Caué	7	1303	7	100,00	800	61,40	115
Lembá	12	2682	9	75,00	800	29,83	90
Lobata	15	3855	9	60,00	800	20,75	90
Príncipe	6	1605	6	100,00	800	49,84	135

Esta tabela demonstra que o tamanho da amostra foi estimado em 100 áreas de enumeração, representando acima de 67% da base amostral, enquanto que, em termos dos agregados familiares previa-se inquirir por volta de 5.600, sendo 800 agregados em cada domínio do estudo (distritos), o que representa cerca de 17% do total de agregados fornecido pelo Censo 2001.

## QUESTIONÁRIOS

Três questionários foram utilizados no quadro do Inquérito: Um questionário dedicado aos agregados, destinados a recolha de informações de todos os membros da famílias, questionários sobre mulher fora distribuído em cada alojamento, para mulheres de 15 a 49 anos. Em cada alojamento, as mães e/ou encarregadas de educação das crianças de menos de 5 anos foram identificadas para responderem as perguntas sobre as crianças. Os questionários continham os seguintes módulos:

Quadro 1: Modulo do questionário MICS III Standard

Módulos	Questionário agregado	Questionário mulher	Questionário Criança de menos de cinco anos
Módulos de Base	Pagina de Informação sobre o agregado; Folha de registo do agregado; Educação, Agua e Saneamento, Características do agregado; Trabalho das crianças; Iodização do Sal (Sal iodizado)	Pagina de informação sobre a Mulher, Mortalidade das crianças; Anatoxina tetânica; Saúde da mãe e do bebé; União/Casamento; Contracepção; HIV/SIDA	Pagina de informação sobre as crianças de menos de cinco anos; Registo de nascimentos e educação na pequena infância; Vitamina A; Aleitamento; Cuidados às crianças doentes; Vacinação; Antropometria
Módulos Adicionais	Alargamento da folha de registo; mosquiteiro tratados com insecticidas; Crianças vulneráveis e órfãos do HIV/SIDA	Prevenção do paludismo; Poligamia; incisão, Comportamento Sexual	Prevenção do Paludismo
Módulos Opcionais	Suplemento sobre Características do agregado, Limpeza da casa, Fonte e custos da impregnação dos mosquiteiros; Disciplina das crianças, Deficiências; Mortalidade Materna	Segurança (Limpeza da casa, acesso a terra); Necessidades não satisfeitas; Atitudes face a violência doméstica	Crescimento das crianças; Local de aprovisionamento e custo dos pacotes do SRO e dos antibióticos; Local de aprovisionamento e custo dos medicamentos anticiclónicos

Cada País escolhe os módulos que respondem as suas necessidades particulares em matéria de dados. O questionário modelo proposto

pela Sede de UNICEF em NY foi assim adaptado ao contexto de cada país.

## A adaptação do questionário ao contexto Sãotomense

Em STP, realizou-se reuniões com os vários parceiros/utilizadores para decidir-se sobre os indicadores a medir pelo MICS 2006, assim pôde-se reter um conjunto de indicadores, com excepção dos módulos sobre a disciplina das crianças, incisão e a poligamia que não fazem parte do contexto Sãotomense.

Em contrapartida, outros módulos, como o trabalho infantil, atitudes face a violência doméstica, foram tomados em conta e incluídos no questionário MICS III de São Tomé e Príncipe.

Quadro 2: Lista dos módulos retidos para MICS III 2006 em STP

Questionário Agregado	Questionário Mulher	Questionário Criança
*Folha do Registo do Agregado	*Página de informação sobre mulher;	*Página de informação sobre crianças com menos de cinco anos;
*Educação; Água e Saneamento do meio;	*Mortalidade Infantil	*Registo de nascimento e Educação da pequena infância;
*Suplementos sobre a Característica do agregado;	*Anatoxina Tetânica ;	*Vitamina A;
*Mosquiteiros Tratados com Inseticidas;	*Saúde da mãe e do bebé;	*Aleitamento Materno;
*Crianças órfãos e vulneráveis do IHV/SIDA;	*Casamento/União	Cuidados das crianças doentes;
*Trabalho Infantil	*Contracepção e necessidades não satisfeita;	*Paludismo nas crianças com menos de cinco anos
*Deficiência	*Atitudes face a violência doméstica,	*Vacinação
*Mortalidade materna;	*Comportamento sexual	*Antropometria
*Iodização do Sal (sal iodizado)	*HIV/SIDA	

Os questionários de MICS III basearam-se na versão inglesa (modelo), foram igualmente traduzidos em português, foi realizado um teste preliminar em 2006. Com base nos resultados do teste, efectuaram-se modificações na formulação e na tradução dos questionários.

## **TRABALHO DE TERRENO E TRATAMENTO DOS DADOS**

O pessoal de terreno foi submetido a uma formação de 20 dias no início do mês de Abril de 2006. Os dados foram recolhidos por 46 pessoas, formando equipas de : 4 supervisores, 7 controladores, e 35 inquiridores. Havia no total 7 equipas nas quais faziam parte 7 motoristas, o que perfaz uma equipa por distrito. O trabalho de terreno começou a 17 de Maio de 2006 e terminou á 20 de Junho de 2006, com uma equipa de 16 pessoas em dois turnos, usando o programa CSPRO.

Os dados foram digitados em 8 computadores através do programa CPro. Para o controlo de qualidade, cada questionário foi digitado duas vezes e verificações de coerência interna foram efectuadas. Os procedimentos e programas standard concebidos no quadro global do projecto MICS III e adaptados ao questionário em São Tomé e Príncipe foram utilizados em todas as etapas. O tratamento dos dados começou em 15 de Junho de 2006, e terminou em 25 de julho de 2006. Os dados foram analisados com ajuda da aplicação SPSS e com os modelos de sintaxes e das tabelas concebidas para este efeito.

## **PARTICIPAÇÃO DA AMOSTRA**

Dos 5645 agregados escolhidos, 5645 eram habitadas, sendo que somente 5625 agregados escolhidos foram normalmente entrevistados, denotando-se uma taxa de participação dos agregados de 99.65%. Nos agregados entrevistados, 4744 mulheres (com idade compreendida entre 15 a 49 anos) foram identificadas. Dentre os quais 4612 foram normalmente entrevistadas, o que equivale a uma taxa de participação de 97.22%.

No que toca as crianças de menos de cinco anos, 3170 foram recenseados nos agregados familiares.

Através dos questionários dedicados ás crianças. Com essa cifra os questionários foram preenchidos por 3140 mães/encarregadas de educação, o que corresponde a uma taxa de participação de 99.05%.

### **As Diferentes Modalidades**

No questionário encontram-se algumas perguntas que levam-nos a descrever alguns indicadores e as respectivas modalidades que vão ser caracterizadas ao longo desse relatório. Dentre elas destacam-se as seguintes:

- o sexo: **masculino e feminino**
- distritos : **Agua Grande, Mé-Zochi, Cantagalo, Caué, Lembá, Lobata e Região Autónoma do Príncipe**

- meio de residência: **Urbano e Rural**
- faixa etária : **crianças ( menos de cinco anos) e adultos (mulheres 15 á 49 anos)**
- nível de instrução : **Nenhuma instrução, ensino básico, ensino secundário superior e programa não formal**
- índice de riqueza : trata-se de diferentes categorias sociais obtidas através dos bens e equipamentos que os agregados possuem. Hierarquizado em duas categorias **ricos e pobres.**

## II. RESULTADOS

### MORTALIDADE INFANTIL

Um dos objectivos prioritários dos OMD e do Plano de Acção, “Um Mundo Digno para as Crianças” consiste em reduzir a mortalidade nas crianças de menos de cinco anos. O seguimento da realização deste objectivo é uma missão importante mas difícil. A avaliação da mortalidade pode parecer fácil, mas a experiência mostrou que as perguntas directas tais como « Um membro desta família morreu ao longo do ano transacto » dão resultados inexactos.

O processo de recolha de informação estatística sobre a mortalidade infantil, retirada directamente dos registos de nascimento, é por vezes lento e complicado. Em consequência, os demográficos tiveram que conceber sistema de medida indirecta da mortalidade infantil. Este « método indirecto » permite reduzir ao mínimo as distâncias que constituem as definições inexactas ou mal interpretadas, mas também evitam recorrer a toda técnica de interrogação inadaptaada.

A taxa de mortalidade infantil indica a probabilidade de se morrer antes do primeiro aniversário. A taxa de mortalidade infanto-juvenil indica a probabilidade de morrer antes do quinto aniversário. No quadro do inquérito MICS III, estas duas taxas são calculadas sobre a base da técnica de estimação indirecta, denominado o método de BRASS. Esta estimação repousa sobre os seguintes dados : o número médio das crianças já nascidas de mães com idades compreendidas entre 15 a 49 anos, distribuídas em grupos de cinco anos, e a proporção de morte nessas crianças é igualmente baseada nesta mesma distribuição. A técnica consiste em converter estes mesmos dados em probabilidades de mortes, tendo em conta os riscos de mortalidade pelos quais as crianças estão expostas e a duração destes mesmos riscos.

A tabela CM.1 fornece as estimações da Mortalidade infantil baseada em diversas especificidades sociais. Como por exemplo, o sexo da criança, região, nível de instrução e índice de pobreza. **As taxas de mortalidade infantil e de mortalidade infanto-juvenil são estimadas em 43 por mil e 52 por mil respectivamente.**

Elas, são mais baixas nos distritos de Mé-Zochi e Água-Grande, contra quase o dobro no distrito de Lobata e na Região Autónoma de Príncipe (tabela CM.1). Importantes diferenças de mortalidade foram

igualmente observadas em torno do nível de educação e de riqueza das famílias. Assim, a probabilidade de morte nos bebês e nas crianças de menos de cinco anos nascidas nos agregados mais pobres é ligeiramente superior.

## **ESTADO NUTRICIONAL**

O estado de saúde das crianças é o reflexo do seu estado nutricional. Quando a criança tem acesso a uma fonte de alimentação adequada, e que a mesma não está sujeita a doenças correntes e que ela é bem protegida, ela consegue chegar o seu potencial de crescimento e ser considerada de bem nutrida.

No seio de uma população bem nutrida, existe uma repartição standard do tamanho e do peso nas crianças de menos de cinco anos. A desnutrição no seio da população pode ser entendida comparando o estado das crianças e uma distribuição de referência. Este relatório baseia-se numa a população de referência WHO/CDC/NCHS, que é recomendada pelo UNICEF e a OMS. Cada um dos indicadores do estado nutricional pode ser expresso em termos de unidades do erro padrão pela relação de medida da população de referência.

A relação **peso-idade** permite medir a desnutrição aguda e a desnutrição crónica.

Uma criança cujo o peso-idade é inferior a menos de dois desvio padrão na mediana da população estudada é considerada magra, e é severamente magra quando o desvio padrão é superior a três acima da mediana.

A relação **altura- idade** é uma medida de crescimento linear. Uma criança em que a relação altura - idade é inferior a menos de dois desvio padrão da mediana da população estudada, é considerada como baixa para a sua idade e reagrupada nas crianças com um atraso de crescimento moderado ou severo. Quando a altura é inferior a menos três a criança é reagrupada na categoria de atraso de crescimento severo. O atraso de crescimento é reflectido na desnutrição crónica devido a conjugação da ausência de alimentação apropriada durante um longo período e de uma doença repetitiva ou crónica.

Uma criança em que a relação **peso-altura** é superior a menos dois desvio padrão da mediana da população alvo é agrupada na categoria de *insuficiência moderada*, a criança pertence a esta categoria se a medida for superior a três desvio padrão acima da mediana.



A *insuficiência* é geralmente derivada de um déficit nutricional recente. Este indicador pode revelar importantes variações sazonais ligadas a disponibilidades dos alimentos ou a prevalência de uma doença.



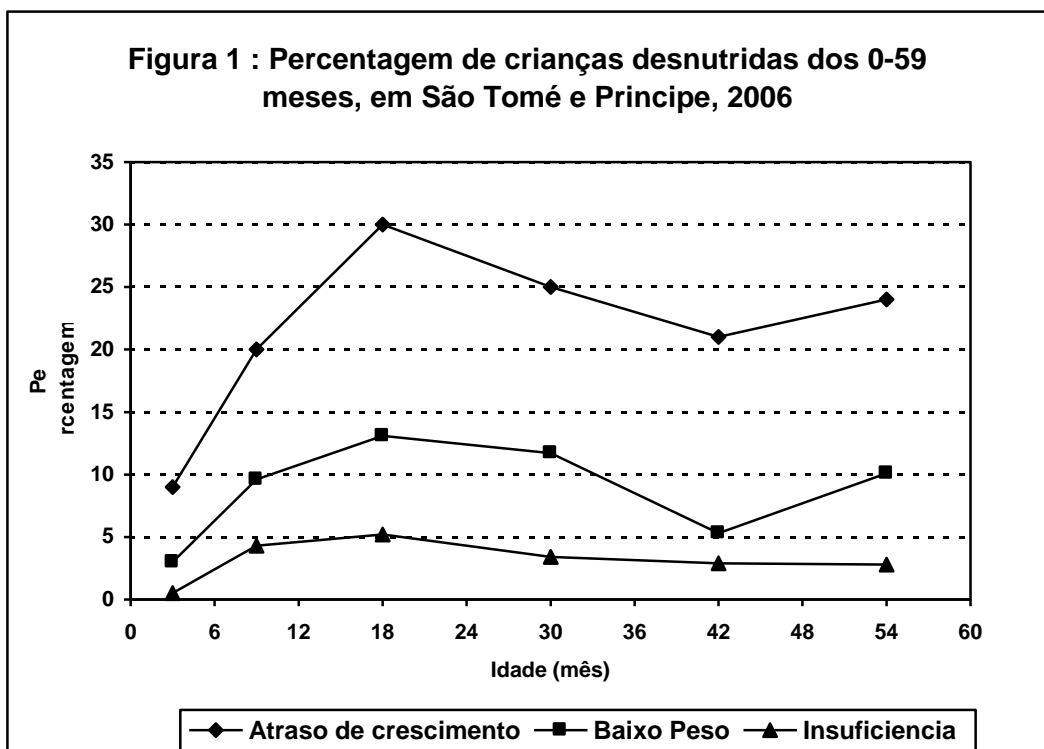
A tabela NU. 1 (ver anexo) apresenta a percentagem das crianças em cada categoria, sob medidas antropométricas retiradas no momento da recolha dos dados. Entre outros, a tabela inclui, igualmente a percentagem das crianças com excesso de peso, sabendo que os da relação peso-tamanho são de 2 desvio padrão acima da mediana da população alvo.

Verifica-se ainda na tabela NU.1, que todas as crianças foram medidas e pesadas, e aquelas em que as medidas ultrapassam o limite aceitável foram excluídas. Tanto mais, que um pequeno número de crianças em que a data de nascimento é desconhecida foram excluídas.

Cerca de uma criança de menos de cinco anos sobre 10 vivendo em São Tomé Príncipe é moderadamente magra (tabela NU 1, em anexo). Vinte três porcentos (23%) das crianças têm um atraso de crescimento ou são muito baixas para a idade (tabela NU.1, em anexo); enquanto que 2% têm uma deperdição ou são muito magra para a altura (figura 1).

A insuficiência ponderada é mais presente no distrito de Caué (11%), enquanto que a emaciação é mais elevada no distrito de Lobata (10%). As crianças em que as mães têm um diploma secundário ou superior estão menos confrontadas com problema do atraso de crescimento que aquelas cujas mães não são escolarizadas.

Em termos de idade, a percentagem de desnutrição segundo os três índices é mais elevada nas crianças de 12-23 meses em relação as que estão nas faixas de idade inferiores ou superiores (Figura 1). Esta tendência é previsível, pois, ela corresponde a idade em que muitas crianças deixam de amamentar e são assim expostas a contaminações derivadas da água, dos alimentos e do meio ambiente.



## **ALEITAMENTO MATERNO**

O aleitamento materno durante os primeiros anos de vida da criança serve de uma fonte ideal de elementos nutritivos e protege contra as infecções. Para mais, o aleitamento materno é económico e seguro, e é por aí, que se aproveita todas as potencialidades de crescimento e desenvolvimento da criança considerados normalmente, como crianças bem alimentadas ou bem nutridas. As crianças que amamentam têm um melhor desenvolvimento de nutrição. Tanto mais que a sucção ajuda a estimular a musculatura maxilar.

Todavia, existem mães que o abandonam muito cedo, o que lhes obriga a passar ao leite artificial e outros alimentos, o que pode perturbar o crescimento e o desenvolvimento, contribuindo assim para a má-nutrição, devido a carência em micros nutrientes. A ausência de água potável no momento da preparação do leite artificial constitui um factor de insegurança alimentar nas crianças.

O objectivo do "Plano de Acção," "Um Mundo Digno das Crianças," estipula que as crianças devem fazer o aleitamento exclusivo durante seis meses, depois, continuar com o aleitamento até 2 anos ou mais, mas associando aos complementos alimentares apropriados e suficientes.

Na tabela NU.3, (ver anexo) o estado do aleitamento materno é baseado nas declarações da mãe/encarregada de educação da criança sobre o consumo em papas, sopas e puré ao longo das 24 horas antecedendo o inquérito.

O aleitamento exclusivo refere-se aos bebés que receberam somente o leite materno. A tabela representa o aleitamento exclusivo dos bebés nascidos durante os seis primeiros meses (nas faixas etárias separadas de 0- 3 meses e 0-5 meses), assim como a alimentação complementar (vitaminas, complementos minerais ou medicamentos) das crianças de 6-9 meses e o seguimento do aleitamento nas crianças de 12-15 meses e 20-23 meses.

Ainda com relação a tabela NU.3, nota-se que cerca de 60% das crianças de menos de 6 meses fazem o aleitamento exclusivo, um nível ainda longe do recomendado. Dos 6-9 meses, 60% das crianças recebem o leite materno e os alimentos sólidos. Nas 12-15 meses, 88% das crianças continuam a amamentar. Para as crianças de 20-23 meses, apenas 18.4% ainda aleitam. O aleitamento exclusivo é mais frequente nas crianças de sexo masculino que nas do sexo feminino, enquanto que a prática do complemento alimentar é mais elevado nas meninas. Ao nível dos distritos pode-se observar que é no distrito de Água Grande onde o aleitamento exclusivo até os seis meses é mais efectuado (69%) seguido de Caué e Mé-Zochi com 61% e 59% respectivamente. Em contra partida nos outros extremos nota-se que nos Distritos de Lembá e Cantagalo o aleitamento materno exclusivo é menos praticado. Somente 48% das crianças com idade de 0-5 meses fizeram o aleitamento exclusivo em Lembá e 46% em Cantagalo. Se analisarmos em termos do nível de instrução verifica-se que quanto mais alto for o nível desta menos tempo elas dedicam-se a esta pratica. Na verdade, as crianças das mães menos instruídas ou analfabetas constituem 80% das crianças que efectuaram o aleitamento exclusivo até aos seis meses, enquanto que as das mães mais instruídas, com o nível secundário e mais, situam-se em 60%.

## **VACINAÇÃO**

Segundo as directivas do UNICEF e da OMS, uma criança deve receber a vacina da BCG para se proteger contra tuberculose, três doses de DPT para se prevenir contra difteria, tosse convulsa e tétano, a pólio para prevenir contra a poliomielite e uma vacina contra sarampo antes da idade de 12 meses. Para as crianças de menos de cinco anos, foi solicitado as mães o cartão de vacinas. Os inquiridores preencheram assim no questionário MICS as vacinas mencionadas nos cartões.

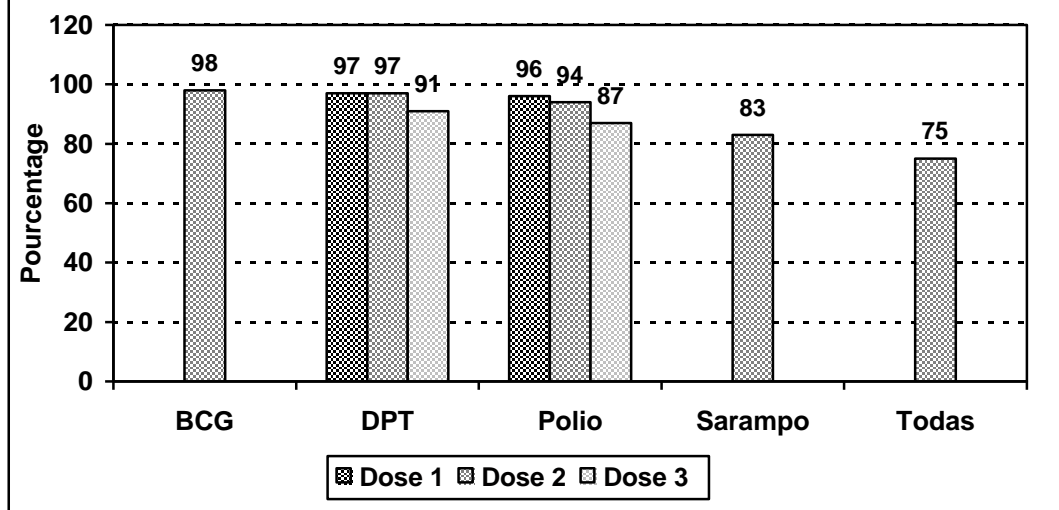
No total, 78% das crianças possuem os cartões de saúde (tabela CH.1, em anexo). Para as crianças que não possuem cartões de vacina, os inquiridores pediram as mães para se lembrarem se as crianças já receberam algumas dessas vacinas. E se já o fizeram quantas vezes receberam.

A tabela CH.1 indica a percentagem das crianças de 12 a 23 meses que já receberam todas as vacinas. O denominador é composto por crianças com idade de 12-23 meses de maneira a contabilizar somente as crianças nessa faixa etária para serem vacinadas. No lado superior, o numerador inclui o conjunto das crianças vacinadas num dado momento antes do inquérito, sob a apresentação da caderneta de vacinas ou pelo testemunho da mãe. A parte inferior inclui unicamente as crianças vacinadas antes do primeiro aniversário. Para as crianças desprovidas de cadernetas, a proporção das vacinas feitas antes do primeiro aniversário é idêntica as das crianças que têm a caderneta.

Cerca de 98% das crianças com idades compreendidas entre 12-23 meses receberam a vacina BCG antes dos 12 meses, enquanto que 97% receberam a primeira dose de DPT. Para a segunda e a terceira doses, a percentagem baixa respectivamente de 96.5% a 90.7% (Figura 2). Do mesmo modo, 96% das crianças receberam a primeira dose de Pólio antes dos 12 meses, mas essa taxa diminuiu para a 94% antes da terceira dose de Pólio.

A cobertura da vacina contra o sarampo atinge os 83% antes dos 12 meses, esta vacina é fortemente efectuada como as outras. Isto implica que a percentagem das crianças que efectuaram a totalidade das oito vacinas recomendadas é elevada (mais de 70%), o que resulta numa forte taxa de cobertura vacinal ao nível nacional. Na verdade, verifica-se que 75% das crianças efectuaram todas as vacinas antes do primeiro aniversário.

**Figura 2 : Percentagem das crianças dos 12-23 meses vacinadas antes da idade dos 12 meses, em São Tomé e Príncipe, 2006**



## **TRATAMENTO COM ANTIBIOTICO NAS CRIANÇAS SUSPEITAS DE TEREM ADOECIDO PNEUMONIA**

De acordo com os dados do MICS III a pneumonia constitui uma das principais causas da mortalidade infantil. A utilização dos antibióticos nas crianças de menos de cinco anos suspeitas da pneumonia é uma intervenção decisiva. Fazem parte deste grupo todas aquelas que tiveram, uma infecção aguda, uma doença ou uma manifestação de tosse, acompanhada de uma respiração rápida ou difícil e que os sintomas estão ligados a um problema ao nível do peito ou simultaneamente ao nível do peito e á obstrução nasal e cujo as mães não conheciam a causa do problema. Esta pergunta foi feita somente as mães e/ou encarregadas de educação das crianças suspeitas de terem adoecidas pneumonia ao longo das duas semanas que precederam o inquérito ou as que não receberam antibióticos ao longo dos mesmo período.

A tabela CH7 apresenta a utilização de antibióticos para o tratamento das crianças de menos de cinco anos suspeitas de pneumonia por sexo, idade, região, local de residência e factores socio- económicos. Em São Tomé e Príncipe, 56% das crianças de menos de cinco anos suspeitas de pneumonia receberam antibiótico ao longo das duas semanas que antecederam o inquérito.

A tabela indica igualmente que o tratamento com os antibióticos nessas crianças suspeitas de pneumonia tem a ver com o nível de instrução das mães. Assim, 71% das mães e/ou encarregadas de educação que não possuem nenhum diploma afirmam terem submetido as respectivas crianças a um tratamento com antibiótico. Isto pode ser explicado pela percepção que têm as mulheres desta categoria em relação a uma manifestação de tosse e/ou uma crise de respiração rápida nas crianças. A utilização dos antibióticos aumenta com a idade da criança e prolonga até os 36 meses, e é justamente aos 36 meses que se constata uma ligeira baixa (entre 36 - 45 meses) mas que é logo de seguida substituída (48 meses).

## UTILIZAÇÃO DOS COMBUSTÍVEIS SÓLIDOS

A preparação dos alimentos através dos combustíveis sólidos (lenhas e carvão) provoca um nível elevado de poluição interior e constitui uma das maiores causas das doenças no mundo, em particular nas crianças de menos de 5 anos onde se manifestam sobre a forma das doenças respiratórias agudas.

Na tabela CH 8 (ver anexo) constatamos que no total, mais de dois terços (75.5%) dos agregados em São Tomé e Príncipe utilizam combustíveis sólidos para cozinhar. Este consumo é mais elevado na zona rural com 88% de agregados utilizando esta fonte energética, e um pouco mais baixo na zona urbana a 65%. As diferenças em termos de nível de educação e índice riqueza é fortemente marcante, nota-se por exemplo, que 95% dos agregados ditos pobres utilizam combustíveis sólidos para cozinhar contra, somente 63% dos agregados ricos (cf. Anexo). A tabela indica claramente que entre os diferentes tipos de combustível sólidos utilizados para cozinhar a **lenha** aparece como o tipo mais utilizado (67%) seguida do petróleo a 21% e por último o carvão a 9%.

## PALUDISMO

O paludismo é também uma das maiores causas de mortalidade nas crianças de menos de cinco em São Tomé e Príncipe. É igualmente uma causa de anemia nas crianças e um factor frequente de ausência escolar. As medidas de prevenção, nomeadamente a utilização de mosquiteiros impregnados com insecticidas (MI), podem reduzir consideravelmente a taxa de mortalidade infantil ligada ao paludismo. As crianças que manifestam os sintomas de paludismo, tais como a febre ou convulsões, devem ser encaminhadas para uma unidade sanitária. De mesmo modo, as crianças convalescentes do paludismo

devem receber mais cuidados médicos e ingerir mais líquidos e mais alimentos e devem continuar com o aleitamento materno.

O questionário do MICS III inclui perguntas sobre os mosquiteiros, tanto ao nível do agregado como nas crianças, mas também sobre o tratamento antipalúdico e o tratamento preventivo intermitente do paludismo. Em São Tomé e Príncipe, os resultados do inquérito MICS III mostram que 49% dos agregados dispõem de mosquiteiros impregnados, e 30% dos agregados utilizam os mosquiteiros tratados com insecticidas.

Constata-se igualmente, que durante o período que antecedeu o inquérito, 53% das crianças de menos de cinco anos dormiam sob um mosquiteiro, e 42% sob um mosquiteiro impregnado (tabela CH 11). A utilização dos mosquiteiros por estas crianças diminui de maneira linear com a idade e não se verifica nenhuma disparidade significativa em relação ao género.

No questionário existem perguntas relacionadas com a prevalência e o tratamento da febre nas crianças. Poucas crianças (18%) tiveram febres ao longo das duas semanas precedentes ao inquérito (tabela CH12 em anexo).

A prevalência da febre diminui com a idade, mas conhece um pico entre os 11-23 meses (41%). Constata-se que a febre é ligeiramente mais frequente nas crianças em que a mãe possui os estudos secundários ou superiores, e menos frequentes naquelas em que a mãe tem baixa instrução. Solicitou-se as mães que descrevessem todos os medicamentos que foram administrados nas crianças para tratar da febre, tanto os que foram administrados em casa, como aqueles administrados/prescritos num posto sanitário. No total, 25% das crianças que tiveram febres ao longo das duas últimas semanas foram tratadas com um antipalúdico «apropriado», e 16% receberam esses medicamentos nas 24 horas que seguiram os sintomas.

Os anti palúdicos « apropriados » incluem a cloroquina, o SP/Fansidar, a amodiaquina, o quinino, e as combinações baseadas em artesunato. Em São Tomé e Príncipe, 2% das crianças com febres receberam cloroquina, enquanto que 6% foram tratados com combinações baseadas em artesunato. Uma grande parte das crianças (75%) recebeu outros tipos de medicamentos, nomeadamente os analgésicos como o paracétamol, a aspirina ou ibuprofeno...

A administração dos antipaludicos é mais frequente nas crianças com febres nos distritos de Caué (37%), Mé-Zochi (30%) e Lembá (28%), enquanto que nos Distritos de Água Grande e na Região Autónoma do

Príncipe a frequência de administração dos antipaludicos é ligeiramente mais fraca, 18% e 19% respectivamente. Um tratamento adequado é mais provável na zona rural que na zona urbana, verifica-se do mesmo modo que as crianças cujas mães não têm nenhuma instrução, são mais susceptíveis a efectuarem um tratamento apropriado. Nota-se uma diferença entre crianças de sexo masculino e feminino, visto que as primeiras constituem somente 19% a receberem medicamentos antipaludicos apropriados enquanto que as do sexo feminino são em 31%.

## ÁGUA E SANEAMENTO

A água potável é uma necessidade de base para garantir boa saúde. A água não potável constitui uma importante fonte de doenças tais como a cólera, a febre tifóide, e a sistosomiase. A Água potável pode igualmente ser poluída pelos produtos químicos, matérias físicas e radiológicas que são nocivos para a saúde humana.

Para além dos aspectos da saúde, o acesso a água potável é também um factor preocupante, uma vez que pode ser particularmente importante para as mulheres e as crianças, nomeadamente na zona rural onde estas categorias da população são obrigadas, na maioria das vezes, a fazer longas distâncias, em busca de água.

A tabela EN.1 (em anexo) apresenta a repartição da população segundo a fonte de aprovisionamento de **água para consumo**. Os utilizadores de água tratada aprovisionam-se dos diferentes tipos de fontes: água da torneira (no alojamento, no quintal, no chafariz publico, água do poço protegido, água da fonte protegida) água da fonte (fonte protegida e não protegida, camiã, bombeiro, rio\ribeira, água da chuva e água da garrafa).

No total, 86% da população tem acesso a **água para beber**, sendo 88% na zona urbana e 83% na zona rural. A situação a nível dos Distritos muda sensivelmente, no Distrito de Lobata onde se verifica a maior taxa de acesso a água de consumo, 97%, seguida dos distritos de Água Grande e de Lembá com 90% e 89% respectivamente. Em contra partida, o Distrito de Caué e a Região Autónoma do Príncipe têm a taxa de acesso mais baixa e somente de 72% e 56% respectivamente.

Entre as diferentes fontes de água de consumo, o chafariz publico é mais utilizado, 53%, seguido de água canalizada no quintal e por fim, água canalizada no alojamento. O tipo da fonte de água tratada para a população varia fortemente segundo os distritos (Tabela EN.1). Nos Distritos de Caué e Príncipe, 5% da população tem acesso a agua para beber canalizada nos seus alojamentos. Em contrapartida, é no Distrito

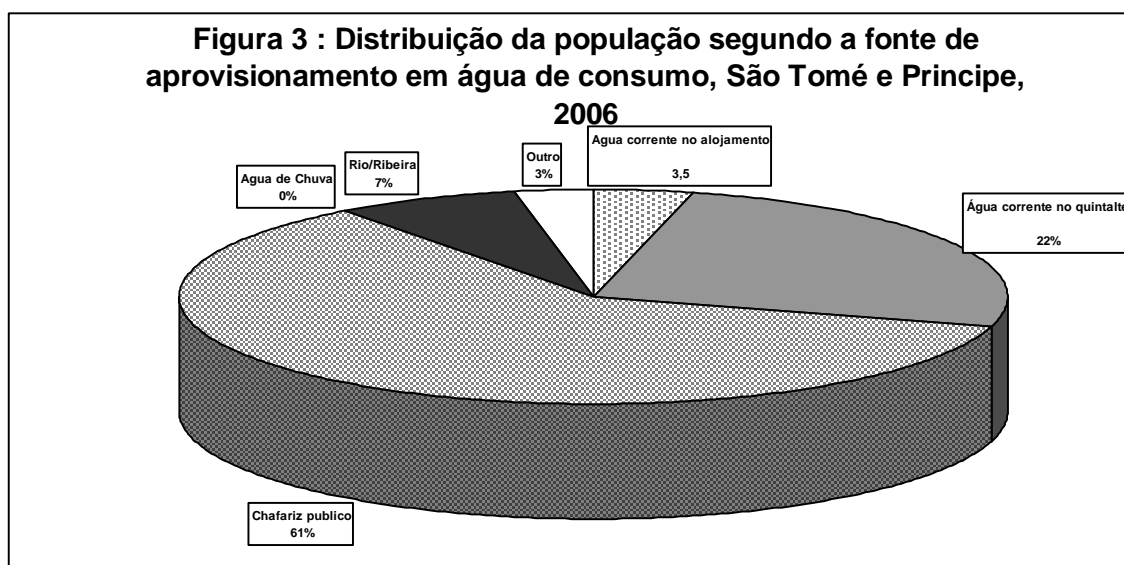


de Cantagalo que o acesso é menos frequente. Quanto ao aprovisionamento no chafariz público, é de notar que 77% da população utiliza esta fonte no distrito de Lembá.

A eliminação inadequada dos excrementos humanos e a má higiene individual estão na origem de diversas doenças, como a diarreia. As instalações sanitárias melhoradas incluem as casas de banho ligadas ao sistema de esgoto, casas de banho com fossa séptica, casa de banho com descarga de água, latrinas melhoradas e auto arejadas, latrinas cobertas e latrinas com fossa\buraco coberto (latrinas tradicionais). Vinte e oito por cento (28%) da população de São Tomé e Príncipe vive nas casas equipadas com instalações sanitárias melhoradas – casas com casas de banho - (Tabela EN5). Esta percentagem é de 33% nas zonas urbanas e de 22% nas zonas rurais. As casas de banhos com o sistema de esgotos e de fossa séptica são mais correntes nos distritos de Água Grande, Mé-Zochi e Lembá.

A utilização das instalações sanitárias melhoradas é menos frequente nos distritos de Cantagalo e na Região Autónoma de Príncipe com 14% e 15% respectivamente.

É importante salientar que mais de metade da população (59%), cf. Tabela EN.5), não possui instalações sanitárias, sendo assim utilizam as bermas dos rios, os matos, e as praias para satisfazerem as suas necessidades, contribuindo assim para a deterioração das condições do saneamento. Os 13% restante da população utilizam outros meios como casa de banho ligada a um local desconhecido ou pouco seguro, buraco coberto etc.



## **CONTRACEPÇÃO**

Trinta e dois porcentos (32%) das mulheres casadas ou em união livre afirmam praticar a contracepção (tabela RH1). A pílula é o método contraceptivo mais utilizado (16%). Praticado por 10% das mulheres as injeções estão no segundo lugar. Em terceiro lugar, está o calendário e o preservativo praticados por 2% da população. Os outros métodos como a abstinência periódica, o coito interrompido, a esterilização feminina e o LAM, são praticados por menos de um por cento das mulheres.

A prevalência contraceptiva é mais elevada na Região Autónoma do Príncipe, com uma taxa de 46%, o Distrito de Caué vem em segundo lugar com (35%) seguido do Distrito de Lemba com (34%). Quanto aos outros distritos esta taxa é estimada por volta dos 31% das mulheres.

O uso da contracepção é menos frequente nos adolescentes, no que nas mulheres adultas. Actualmente, estima-se que perto de 25% das mulheres casadas ou em união livre com idade compreendida entre 15 e 19 anos utilizam um método contraceptivo, contra os 33% das mulheres entres os 20 e 24 anos e 43% nas mulheres de mais de 25 anos.

A prevalência da Contracepção é fortemente ligada ao nível de educação das mulheres. A percentagem de mulheres utilizando um método contraceptivo vai de 25% nas mulheres analfabetas para 32% das mulheres com alguma escolarização (nível primário), e para 35% nas mulheres com um nível secundário ou superior. Para além das diferenças na prevalência, a combinação dos métodos utilizados variam também segundo o nível de instrução. A maior parte das utilizadoras de contraceptivo com um nível primário recorre a pílula, enquanto que as do nível secundário fazem mais uso do DIU (2%). A pílula é utilizada somente, por 15% das utilizadoras de contraceptivo com nível secundário ou superior.

## **ASSISTÊNCIA DURANTE O PARTO**

Assistência durante o parto por um pessoal de saúde qualificado pode fortemente melhorar a saúde da mãe e da criança graças a utilização das técnicas apropriadas, assim como o diagnóstico e um tratamento preciso e rápido das complicações. A assistência por um pessoal qualificado define-se por um parto seguido por um médico, uma enfermeira, uma enfermeira parteira ou uma auxiliar, enfermeira parteira tradicional.

Em São Tomé e Príncipe existe uma única estrutura especializada onde as mães podem efectuar os seus partos de maneira segura e acompanhada por um agente de saúde especializado na matéria, trata-se da Maternidade sita no Hospital central Dr. Ayres de Menezes.

Cerca de 79% dos partos, ocorridos durante o ano precedente ao inquérito MICS III, foram assistidos por um pessoal qualificado (tabela RH. 5). Assim sendo, 88% das parturientes residentes no Distrito de Água Grande tiveram um parto assistido por um pessoal qualificado. O menor número de casos foi verificado por aquelas que residem no Distrito de Cantagalo com 69%.

Do mesmo modo pode-se constatar uma correlação positiva entre o nível de instrução das parturientes com o tipo de pessoal que assiste o parto. Quanto mais o alto for o nível de instrução de uma mulher maior é a probabilidade desta ter um parto assistido por um pessoal qualificado.

Mais de metade dos nascimentos (77%) ocorridos ao longo do ano antecedendo ao inquérito MICS III, foram assistidos por uma enfermeira parteira. Os médicos assistiram a 4% e as enfermeiras parteiras tradicionais somente 12%.

No total, cerca de 100% dos nascimentos foram assistidos pelo pessoal qualificado de saúde, estes nascimentos aconteceram tanto com as mulheres do meio urbano como as do meio rural, sendo de 85% e 76% respectivamente.

## **FREQUÊNCIA ESCOLAR**

O acesso Universal a Educação de base e a realização da escolaridade primária para as crianças do mundo inteiro fazem parte das prioridades definidas para os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento e a campanha para “Um Mundo Digno das Crianças”. A educação é um factor essencial para lutar contra a pobreza, reforçar os direitos das mulheres, proteger as crianças do trabalho infantil e perigosos baseados na exploração económica e na exploração sexual, promover os direitos do homem e da democracia, proteger o ambiente e agir sobre o crescimento da população.

Para medir este tipo de acesso, alguns indicadores como: a percentagem das crianças que frequentam um estabelecimento escolar, o número das crianças admitidas no primeiro ano do ensino

primário e que seguiram um programa, o número total de crianças com idade para frequentar a escola primária, foram tomados em conta.

No total 74% das crianças com idade para frequentar a escola em São Tomé e Príncipe estão inscritas no ensino primário (Tabela ED.2). Tanto na zona urbana, (73%) como na zona rural (76%), mais de três terços das crianças estão no sistema escolar. Com 67% de taxa de frequência escolar, Lembá possui uma taxa de frequência ligeiramente inferior ao resto do país. Ao nível nacional existem poucas diferenças entre rapazes e raparigas em termos de taxa de frequência do ciclo primário.

A tabela ED.7 fornece os rácios de frequência dos níveis primários e secundário entre raparigas e rapazes. Nota-se que a paridade entre os sexos é de 1,00 no nível primário, o que indica que não existe diferença significativas entre os dois sexos em termos de frequência na escolarização primária.

Quanto ao nível secundário, a pouca participação das raparigas é sobretudo uma particularidade dos distritos de Caué e Lemba, com 16 % e 19% respectivamente, mas também nas crianças vivendo nos agregados mais pobres ou nas zonas rurais.

## **REGISTO DE NASCIMENTO**

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança estipula que cada criança tem o direito a um nome e a uma nacionalidade, assim como a protecção contra a privação da sua identidade. O Registo de Nascimento é um elemento capital para a prática desses direitos.

Para as crianças de menos de cinco anos em São Tomé e Príncipe, 69% dos nascimentos são registados (Tabela CP.1). Não existe nenhuma variação significativa no registo em termo de sexo, idade ou de nível de instrução. As crianças dos Distritos de Lobata (63%) e Mé-Zochi (65%) são menos registadas que as dos outros Distritos, mas esta situação pode ser explicada, essencialmente, pelo facto de que, uma proporção relativamente importante das mães não sabem se os filhos foram ou não registados. No entanto, verifica-se que o Distrito de Cantagalo e a Região Autónoma do Príncipe são as unidades onde o registo das crianças é mais efectuado, 79% e 78% respectivamente. É de salientar que nos casos de nascimentos não registados, os indicadores como o custo, a distância ou ainda a ignorância, não aparecem como as razões principais.

## **CASAMENTO/UNIÃO DE FACTO E UNIÃO LIVRE**

O casamento é a união voluntariamente contraída entre um homem e uma mulher, com capacidade jurídica para tal e tendo em vista terem uma vida em comum. O casamento só produzirá efeitos legais quando se celebra de acordo com as regras estabelecidas na Lei nº2/77. Para o caso de São Tomé e Príncipe podem livremente celebrar casamento a mulher e o homem maiores de 18 anos de idade, desde que a mulher já tenha 14 anos de idade e o homem tenha completado os 16 anos. Para este último caso deve ser feita uma autorização do pai e da mãe conjuntamente, ou aquele que detenha o pátrio poder sobre a pessoa menor.

A união de facto entre um homem e uma mulher com capacidade legal para poderem entre si celebrar casamento, e que reúnem os requisitos de exclusividade e estabilidade, surtirá todos os efeitos próprios do casamento legalmente celebrado, desde que seja reconhecida judicialmente. Quando a união de facto, embora estável, não tenha o carácter de exclusivo, porque um ou ambos dos unidos está ou estava ligado a um casamento anterior, a mesma terá todos os efeitos legais a favor daquele que estiver de boa fé, bem como dos

filhos nascidos da união. A união livre, por sua vez não é protegida pela lei, é uma forma de viver em família sem compromissos legais. Em São Tomé e Príncipe o regime de união livre só torna benéfico para as mulheres depois destas terem mais de cinco anos de convivência com o dito parceiro. Muitas vezes este último não assume os seus direitos e as mulheres desconhecendo a lei perde tudo. Normalmente, uma grande parte delas vivem no regime de união livre, têm filhos de pais diferentes, filhos estes que são resultados das inúmeras relações anteriores.

O casamento das crianças é uma violação dos direitos humanos. Põe em perigo o desenvolvimento das raparigas e encaminha-lhes sempre para uma gravidez precoce e o isolamento social, acompanhado de um nível de estudos e de formação profissional fraco, que contribui para acentuar a feminização da pobreza. As mulheres que casam muito jovens são mais susceptíveis de abandonar os estudos, de ter uma maior fertilidade, de se expor a violência doméstica e a mortalidade materna.

A Tabela CP.5 fornece a percentagem das mulheres casadas por idade. Constata-se que 36% das mulheres casam-se antes de completar os 18 anos. As variações do meio de residência demonstram que é nas zonas rurais que as mulheres (40%) **casam** com maior frequência antes dos 18 anos, nas zonas urbanas constituem 34%.

Ao nível do Distrito, é no distrito de Caué que verifica-se a maior proporção das mulheres (52%) casadas com menos de 18 anos, seguida da Região Autónoma do Príncipe com 49%. É de salientar que nesses Distritos, as mulheres possuem um nível de instrução fraco, ou mesmo, muitas delas são analfabetas. Se efectuarmos um cruzamento entre o nível de educação, o estado civil e a idade dessas mulheres, denota-se que existe uma correlação positiva entre essas variáveis, pois, quanto menos instruídas forem as inquiridas, mais jovens casam-se.

## **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

A violência doméstica é um fenómeno que toca á todos os países, independentemente da classe social, da raça ou do nível de instrução das pessoas. A violência doméstica revela uma luta pelo poder e uma vontade de estabelecer uma relação desigual entre homens e mulheres, mas também pretende a submissão das mulheres.

A prevenção da violência doméstica, deve ser atacada na raiz e está ligada a assistência as vítimas com medidas preventivas e jurídicas. Cada governo deve implementar leis para lutar contra a discriminação

direccionadas as mulheres em todos os domínios e as garantir os mesmos direitos e as mesmas oportunidades que os homens.

Existem diferentes formas de violência doméstica: agressão física, abuso sexual, violência moral e a violação. As ameaças e as intimidações devem ser consideradas como uma infracção penal. Os principais tipos de violência doméstica são:

- Violência física: chutos, bofetadas, puxões de cabelo, mordeduras, queimaduras, tentativa de homicídios, tentativa de asfixiar, uso de arma de fogo ou branca.
- Violência psicológica: humilhações, privação de liberdade, impedimento ao trabalho ou estudo; Danos propositados aos objectos queridos, danos ou ameaças a pessoas queridas, impedimento de contacto com a família e amigos.
- Violência sexual: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa, toques e carícias não desejados, exibicionismo e voyerismo, prostituição forçada, participação forçada em pornografia.

Este fenómeno endémico é observado em todos os países e em todas as categorias sociais. Em São Tomé e Príncipe, durante muito tempo muito pouca coisa foi feita nessa matéria, embora existissem leis para o efeito. Estas leis ainda não têm uma legislação específica. As fontes de tratamento jurídico-legal desta matéria em S. Tomé e Príncipe são:

- Convenção internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres, ratificada pelo Governo.

- A nível Nacional : A Constituição da República Saotomense preconiza, no seu artigo 9.º, alínea b), entre as tarefas fundamentais do Estado a de «garantir os direitos e liberdades fundamentais e o respeito pelos princípios do Estado de Direito Democrático», assim como na sua alínea h) a de «promover a igualdade entre homens e mulheres».

O quadro normativo sobre essa matéria está consignado no Código Penal que data de 1886, na Lei da Família Lei 2/77 e Lei de Segurança Social Lei 1/80.

De acordo com o código penal vigente e a proposta de revisão do código, a violência doméstica em S. Tomé e Príncipe tem o tratamento jurídico-legal de violência enquanto crime contra a integridade física das pessoas. Os trâmites processuais são os comuns aos dos outros crimes.

Com o apoio da UNICEF, têm sido criadas estruturas de apoio as mulheres vítimas de violência doméstica. Algumas acções são levadas a cabo para sensibilizar as entidades que lidam com esta violência no sentido de diminuir a sua incidência.

Entretanto, existe um vazio jurídico no que toca as medidas de prevenção, nomeadamente a criação e funcionamento de organismos especializados na área de violência doméstica.

Na base desta constatação final, a equipa do MICS III decidiu com o apoio do Gabinete da Mulher e Família, colocar algumas questões específicas sobre a situação da violência doméstica em São Tomé e Príncipe, mais precisamente questões sobre a percepção do problema.

Assim sendo as mulheres inquiridas demonstraram respondendo as perguntas qual era a percepção que as mesmas têm em relação a alguns aspectos da violência doméstica mas precisamente a agressão física.

Na verdade foi-lhes perguntado as diversas razões que poderiam levar o marido a bater na mulher. Nota-se que mais da metade (78%) das mulheres inquiridas disseram não concordarem que os homens batessem nas mulheres caso elas saíssem sem os avisar, contra 19% que responderam sim.

No que concerne ao não cuidar dos filhos, 73% a responderem não e 25% acham que *Sim*, os homens podem bater nas mulheres se elas não cuidam dos filhos. Uma análise mais aprofundada permite-nos constatar que na variável *cuidar de filhos* há um maior número de mulheres que responderam *Sim*. Na verdade, *cuidar de filhos* é uma função que a própria sociedade atribui as mulheres.

Por seu turno, na variável discutir com o marido 76% responderam *Não*, contra 21% que afirmaram que o marido pode bater na mulher caso esta discute com o mesmo. Relativamente, a recusa nas relações sexuais cerca de 90% das inquiridas responderam *Não* e 6% a responderem *Sim*. Pode-se, daí deduzir que a relação sexual para as inquiridas é um acto voluntário e não obrigatório.

Com relação aos outros indicadores, verifica-se que não existem diferenças significativas. O que se denota é que as mulheres entrevistadas, e são numerosas, a responderem *Não* nas questões como: assédio sexual no trabalho (99%), opção política diferente do marido (99%), se a mulher decide trabalhar fora (96%).



## **CONHECIMENTO SOBRE A TRANSMISSÃO DO HIV/SIDA E A UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVOS**

O conhecimento do modo de transmissão do HIV/SIDA e das estratégias de prevenção constitui uma condição decisiva da redução da taxa de infecção do HIV/SIDA. A informação corrente constitui o primeiro pilar da sensibilização e a disponibilização dos instrumentos de protecção contra a infecção dos jovens. Em seguida, os preconceitos sobre o HIV/SIDA estão espalhados por toda a sociedade e podem criar uma certa confusão na cabeça dos jovens e mesmo contrariar os esforços da prevenção. Eles variam em função das regiões, mesmo se certas ideias são conhecidas em todas as zonas (por exemplo, partilhar a comida ou as picadas dos mosquitos podem transmitir o HIV).

A Tabela HA.3 apresenta a percentagem das mulheres de 15 a 49 anos que conhecem pelo menos dois métodos de prevenção da transmissão do HIV. O conhecimento dos métodos de prevenção do HIV é sempre insuficiente mesmo que existam diferenças com relação ao local de residência. No total, 64% das mulheres afirmam conhecer dois métodos de prevenção, das quais, 67% vivem nas zonas urbanas e 59% nas zonas rurais.

No que toca aos Distritos, verifica-se que Água Grande é o Distrito onde a representação das mulheres que afirmaram conhecer pelo menos dois métodos de prevenção da transmissão do HIV é maior com 74%, seguido do Distrito de Lobata e da Região Autónoma do Príncipe com 64% e 63% respectivamente, e por último o Distrito de Lembá aparece com 50%.

Quanto ao nível de instrução das mulheres esta percentagem aumenta com o nível de instrução das mesmas (44% são analfabetas, contra 77% com o nível secundário ou mais).

A proporção dos jovens de 15 a 24 anos que conhecem dois métodos de prevenção da transmissão do HIV, e que rejeitam os preconceitos e sabem que uma pessoa com um bom aspecto físico pode ser portadora do vírus, constitui um indicador chave e que permite avaliar a resposta de um país diante a pandemia. Mais de 50% dos jovens de sexo feminino têm um conhecimento exaustivo e exacto do HIV. O conhecimento do HIV é fortemente ligado ao nível de instrução e ao lugar de residência.

A proporção de um comportamento sexual sem risco é indispensável para reduzir a prevalência do HIV. A utilização de preservativos durante

a relação sexual, nomeadamente com parceiros ocasionais, é particularmente importante para reter a propagação do HIV. Mais de metade dos novos casos de infecção pelo HIV, dizem respeito aos jovens de 15 a 24 anos. Em consequência, uma mudança de comportamento no seio deste grupo etário é essencial para diminuir a propagação do vírus.

A utilização do preservativo durante as relações sexuais com outro homem que não seja o seu marido ou companheiro, foi avaliada nas mulheres com idades compreendidas entre 15 a 24 anos que tiveram relações ocasionais com este tipo de parceiro ao longo do ano transacto (Tabela HA.9). Mais de 30% destas mulheres afirmaram que tiveram relações sexuais ocasionais ao longo dos 12 meses precedentes ao inquérito MICS III. Neste grupo 56% utilizaram um preservativo durante o acto sexual com um parceiro de alto risco. Cerca de 40% das mulheres, com o nível de instrução inferior ao secundário, utilizaram o preservativo durante a relação sexual de alto risco, contra 62% de mulheres com um diploma secundário ou superior.

## **FREQUÊNCIA ESCOLAR NAS CRIANÇAS ORFÃOS E VULNERÁVEIS**

Quanto mais a epidemia do HIV progride, maior é o número das crianças órfãos e vulneráveis pelo HIV e o SIDA. Os órfãos ou as crianças separadas dos pais tornam-se mais vulneráveis a negligência e a exploração se não tiverem famílias para os apoiarem. O seguimento e a avaliação das variações dos resultados escolares dos órfãos de pai e mãe em relação as crianças cujo os pais estão vivos (e que vivem com um dos pais) permite certificar que os Direitos das Crianças são respeitados mesmo depois da morte dos pais ou das suas incapacidades a sobreviver as necessidades das suas crianças.

Em São Tomé e Príncipe, 0,39% das crianças de 10 a 14 anos perderam os seus pais (Tabela HA.12). Mesmo assim 100% dessas crianças continuam a ir a escola. Quanto as crianças órfãos e vulneráveis pelo HIV 83% frequentam a escola.

Para as que não perderam os pais e ou que vivem com um deles, 91% frequenta a escola. Assim sendo, verifica-se uma certa discrepância entre essas duas categorias de crianças.

## CONCLUSÃO

Como se pôde observar, o Inquérito MICS III consiste sobretudo na recolha de diversas informações sobre Crianças e Mulheres. MICS agrupa mais de 50 indicadores, para este relatório foi analisado alguns mais pertinentes.

No que concerne a mortalidade infantil conclui-se que ela é estimada em 43 por mil e a mortalidade infanto - juvenil em 52 por mil.

Relativamente ao estado nutricional conclui-se que uma criança de menos de 5 anos sobre 10 vivendo em São Tomé e Príncipe é moderadamente magra. 23% das crianças têm um atraso de crescimento ou são baixas para a idade, enquanto que 8% são muito magra para a altura.

Em relação ao aleitamento materno, observou-se que 60% das crianças de menos de 6 meses fazem o aleitamento exclusivo, um nível ainda longe do recomendado.

Quanto a vacinação, verifica-se uma forte taxa de cobertura vacinal acima dos 70%, na verdade, verifica-se que 75% das crianças efectuaram todas as vacinas antes do primeiro aniversário.

Relativamente a utilização dos combustíveis sólidos constatou-se que no total mais de dois terços (75,5%) dos agregados familiares utilizam combustíveis sólidos para cozinhar o que é uma das causas das doenças respiratórias agudas que se observa nas crianças de menos de cinco anos.

De acordo com os dados do MICS III a pneumonia é uma das principais causas da mortalidade infantil. Em São Tomé e Príncipe, 56% das crianças de menos de 5 anos suspeitas de pneumonia receberam antibiótico ao longo das duas semanas que antecederam o inquérito.

O paludismo é também uma das maiores causas de mortalidade nas crianças de menos de cinco em São Tomé e Príncipe. Todavia, no período que antecedeu ao inquérito, 53% das crianças de menos de cinco anos dormiram sob um mosquiteiro e 42% no mosquiteiro impregnado, de notar que apenas 18% de crianças tiveram febres ao longo das duas semanas precedentes ao inquérito.

A água de consumo é uma necessidade de base para garantir a boa saúde. Nota-se que 86% da população tem acesso a água para beber. Sendo que 88% residem na zona urbana e 83% na zona rural. Por seu turno, a maioria da população, 59% não possui instalações sanitárias e somente 28% vive em casas equipadas com instalações sanitárias melhoradas.

A prevalência da contracepção está fortemente ligada ao nível de instrução das mulheres, de referir-se que cerca de 25% das mulheres casadas ou em união livre com idade compreendida entre 15 á 19 anos utilizam um método contraceptivo, contra os 33% das mulheres entre 20 e 24 anos e 43% nas de mais de 25 anos.

A assistência durante o parto é necessária para a saúde da mãe como para o do bebé. Verifica-se que 81% dos partos ocorridos durante o ano precedente ao inquérito foram assistidos por um pessoal qualificado da saúde.

Quanto a frequência escolar, observa-se que no total 73% das crianças com idade de frequentar a escola estão inscritas no ensino primário. Assim sendo, a taxa de frequência escolar é alta visto que tanto na zona urbana (73%) como na rural (76%), mais de três terço das crianças estão no sistema escolar. É de salientar que o índice de paridade entre os sexos é insignificante.

Para as crianças órfãos e vulneráveis a taxa de frequência escolar é de 83%.

O conhecimento do modo de transmissão do HIV/SIDA e das estratégias de prevenção constituem uma condição decisiva da redução da taxa de infecção do HIV/SIDA. No total, 64% das mulheres afirmam conhecer 2 métodos de prevenção, entre elas 67% vivem nas zonas urbanas e 59% nas zonas rurais.