



Inquérito sobre os indicadores múltiplos MICS

São Tomé e Príncipe



Dezembro 2000

Índice

Lista das Figuras.....	4
Preâmbulo e agradecimentos.....	5
Resumo analítico.....	6
Indicadores de síntese.....	10
I. Introdução.....	12
Contexto do inquérito.....	12
Contexto de São Tomé e Príncipe.....	12
Objectivos do inquérito.....	13
II. Metodologia do inquérito.....	14
Concepção da amostra.....	14
Questionários.....	14
Trabalho no terreno e tratamento de dados.....	15
III. Características da amostra e qualidade dos dados.....	15
Taxa de resposta.....	15
Distribuição por idade e dados em falta.....	16
Características da população dos agregados familiares.....	17
IV. Resultados.....	17
A. Mortalidade infantil e infanto-juvenil.....	17
B. Educação.....	19
Educação na primeira infância.....	19
Educação de base.....	20
Alfabetização dos adultos.....	21
C. Água e saneamento.....	21
Utilização da água para beber.....	21
Saneamento.....	22
D. Malnutrição das crianças.....	22
Estatuto nutricional.....	22
Aleitamento materno.....	23
Iodização do sal.....	24
Suplemento em vitamina A.....	25
Baixo peso à nascença.....	25
E. Saúde da criança.....	26
Cobertura vacinal.....	26
Diarreia.....	27
Infecções respiratórias agudas.....	28
Iniciativa da PCIME.....	28
Paludismo.....	29
F. VIH/Sida.....	30
Conhecimento sobre o Sida.....	30
Teste do Sida.....	32
G. Saúde reprodutiva.....	33
Contracepção.....	33
Cuidados pré-natais.....	33
Assistência durante o parto.....	34
H. Direitos das crianças.....	35
Registo civil dos nascimentos.....	35
Orfanato e disposições relativa à guarda das crianças.....	35
Trabalho infantil.....	36

Apêndice A : Quadros do MICS

Apêndice B : Concepção da amostra

Appendice C : Lista dos participantes no MICS

Appendice D : Questionários

Lista das Figuras

Figura 1 : Distribuição ano por ano da idade da população dos agregados familiares por sexo, São Tomé e Príncipe, 2000	16
Figura 2 : Estimativas da mortalidade infantil e infanto-juvenil baseadas nas técnicas indirectas, São Tomé e Príncipe, 2000	18
Figura 3 : Percentagem das crianças em idade escolar primária que frequentam um estabelecimento do ensino primário, São Tomé e Príncipe, 2000	20
Figura 4 : Distribuição percentual das crianças vivas segundo o estatuto do aleitamento, São Tomé e Príncipe, 2000	24
Figura 5 : Percentagem das crianças de 12 a 23 meses de idade tendo a data completa de vacinação sobre a sua caderneta, que foram vacinadas na idade de 12 meses, São Tomé e Príncipe, 2000	27
Figura 6 : Percentagem das mulheres de 15 a 49 anos que têm conhecimentos suficientes sobre os modos de transmissão do HIV/Sida por nível de instrução, São Tomé e Príncipe, 2000	32
Figura 7 : Distribuição percentual das mulheres que tiveram um parto ao longo do ano transacto por tipo de pessoal que presta cuidados pré-natais, São Tomé e Príncipe, 2000	34

PREÂMBULO E AGRADECIMENTOS

Le Gouvernement de São Tomé et Príncipe, représenté par le Ministère du Plan et des Finances à travers une Equipe technique nationale sous la coordination du Président de l'Institut National de la Statistique, a joint ses efforts avec l'UNICEF pour entreprendre une enquête de grappes à indicateurs multiples (MICS) en 2000 dans le cadre du suivi du Sommet mondial pour les enfants (SME).

La MICS de 2000 de São Tomé et Príncipe représente un moyen considérable pour fournir des informations à jour sur le secteur social dans son ensemble. C'est véritablement la première enquête du genre réalisée dans le pays, étant donné que les résultats de la MICS de 1996 n'avaient pu être disponibles officiellement à cause des insuffisances d'ordre méthodologique. La MICS de 2000 constitue également un important effort pour couvrir des aspects nouveaux liés à la Convention relative aux droits de l'enfant, pour lesquels on ne dispose jusqu'ici pas d'informations au niveau du pays.

L'intérêt spécifique de cette recherche est qu'elle porte sur la situation actuelle des enfants et des femmes à São Tomé et Príncipe à la lumière des objectifs du SME et du Programme d'action national adopté par le Gouvernement en 1994. Avec l'analyse de la situation actuelle des enfants et des femmes dans le pays que permet la MICS de 2000, les conditions sont ainsi créées pour les autorités gouvernementales notamment dans la formulation de nouveaux objectifs pour les enfants pour le 21^{ème} siècle, dans le cadre de la Session spéciale de l'assemblée générale de l'ONU pour le suivi du SME en septembre 2001.

Ce document est le premier rapport d'analyse d'un ensemble d'indicateurs permettant d'évaluer les progrès réalisés dans le cadre des objectifs du SME en comparant la situation actuelle des enfants et des femmes avec celle qui prévalait en début de décennie. Des analyses approfondies sur des thèmes spécifiques sont prévues au cours de l'année prochaine afin de permettre l'utilisation complète et une plus large dissémination des résultats de la MICS de 2000.

La réalisation de cette importante opération statistique et de recherche fut possible grâce à l'étroite collaboration entre le Gouvernement et l'UNICEF, mais aussi grâce à la contribution essentielle de techniciens, de personnels de terrain et de saisie des données, et de consultants qui ont fait de leur mieux dans la conception de l'enquête, la collecte, le traitement et l'analyse des données dans un contexte de beaucoup de contraintes, ainsi qu'à l'appui logistique du FNUAP et de l'OMS.

Nous remercions tous ceux qui ont ainsi rendu possible la réalisation de la MICS et la présentation de cet important rapport d'analyse.

Adelino Castelo David

Boudewijn Mohr

Ministro do Planeamento e das Finanças

Representante delegado do UNICEF

Resumo analítico

O inquérito sobre os indicadores múltiplos (MICS para Multiple Indicator Cluster Survey) de São Tomé e Príncipe é um inquérito representativo ao nível nacional sobre os agregados familiares, mulheres e crianças. Os principais objectivos do inquérito consistem em recolher informações actualizadas para avaliar a situação das crianças e das mulheres em São Tomé e Príncipe no fim do decénio e fornecer dados necessários ao seguimento dos progressos com vista à realização dos objectivos estabelecidos durante a Cimeira mundial para as crianças e como base das acções futuras.

Mortalidade infantil e infanto-juvenil

- As distorções ao nível dos dados do MICS relativas às mortes nas crianças não permitem obter estimativas das taxas de mortalidade recente. Os dados mostram que a taxa de mortalidade infantil era de 71 por 1000 e a da mortalidade infanto-juvenil de 111 por 1000 em 1997.

Educação

- Sessenta e oito por cento das crianças em idade escolar frequentam o ensino primário em São Tomé e Príncipe. Ao nível nacional não existe praticamente diferença significativa entre a escolarização dos rapazes e a das raparigas, mesmo em relação às regiões.
- A maioria (83 por cento) das crianças que ingressam no primeiro ano do ensino primário atingem, de facto, a quarta classe. Em São Tomé e Príncipe, o ensino primário é na prática reduzido para quatro anos, apesar de um decreto-lei tê-lo estabelecido para seis anos desde 1998. Em consequência, mais de metade (47 por cento) das crianças que ingressam no primeiro ano do ensino primário atingem o quinto ano.
- A esmagadora maioria (83 por cento) da população com mais de 15 anos de idade sabe ler e escrever. A percentagem da alfabetização baixa, passando de 93 por cento nas pessoas com idade compreendida entre 15 e 34 anos para 35 por cento na população com 65 anos e mais de idade.

Água e Saneamento

- Oitenta por cento da população tem acesso à água potável – 88 por cento nas zonas urbanas e 72 por cento nas zonas rurais. A situação é pior no Sul que nas outras regiões do país; cerca de 62 por cento da população desta região do país tem acesso à água potável.
- Apenas pouco mais de um quarto (26 por cento) da população de São Tomé e Príncipe possui casas de banho nas suas casas.

Mal nutrição nas crianças

- Treze por cento de crianças são-tomenses com menos de 5 anos de idade sofrem de insuficiência ponderal ou são muito magras para a sua idade. Vinte e nove por cento das crianças sofrem de atraso de crescimento ou são muito baixas para a sua idade e quatro por cento estão emagrecidas ou são muito magras para a sua altura.
- As crianças cujas mães têm uma formação secundária ou superior têm menos hipótese de sofrer de insuficiência ponderal e de atraso de crescimento em relação àquelas cujas mães têm um nível de instrução inferior.

Aleitamento materno

- Cerca de 64 por cento das crianças com menos de 4 meses de idade são amamentadas exclusivamente por leite materno, o que denota um progresso no sentido da norma recomendada. Aos 6 a 9 anos de idade, mais de metade (53 por cento) das crianças recebem leite materno e alimentos sólidos ou semi sólidos. Aos 20-23 meses, cerca de 42 por cento das crianças continuam a ser amamentadas.

Iodização do sal

- Quarenta por cento dos agregados familiares em São Tomé e Príncipe dispõem de sal iodizado de forma adequada (15+PPM). A percentagem dos agregados familiares que dispõem de sal iodizado de forma adequada oscila entre os 10 por cento no Príncipe e 44 por cento na região Centro.

Suplemento de vitamina A

- Durante os seis meses que antecederam o MICS, 3 por cento das crianças de idade compreendida entre os 6 e 59 meses receberam uma dose elevada de suplemento de vitamina A, cerca de 1 por cento não a recebeu durante os 6 últimos meses, mas receberam uma dose antes deste período.
- Contrariamente ao que se verifica geralmente noutros países em desenvolvimento, em São Tomé e Príncipe o nível de instrução da mãe não figura com um factor que determina a probabilidade do suplemento em vitamina A. A percentagem das crianças que receberam um suplemento durante os seis últimos meses varia pouco ou quase nada em função do nível de instrução da mãe. Esta percentagem baixa ligeiramente passando de 4 por cento nas crianças cujas mães não têm qualquer instrução para 3 por cento para as crianças cujas mães têm uma formação secundária ou superior.
- Apenas 27 por cento das mães que deram à luz no ano anterior ao MICS tiveram uma ingestão suplementar de vitamina A, oito semanas antes de darem à luz.

Baixo peso à nascença

Cerca de 15 por cento dos lactentes teriam um peso inferior a 2500 gramas ao nascer. Esta percentagem é superior à média na América Latina e nas Caraíbas.

Cobertura vacinal

- Quase o total (cerca de 100 por cento) das crianças de idade compreendida entre os 12 e 23 meses, para as quais se dispõe da data completa de vacina na caderneta, receberam uma vacina do BCG na idade dos 12 meses e a primeira dose da DPT foi administrada em 97 por cento dos casos. A percentagem baixa pouco para as doses seguintes da DPT, ou seja 97 por cento para a segunda dose e 94 para a terceira dose.
- Do mesmo modo, 99 por cento das crianças receberam a Polio 1 na idade dos 12 meses e esta percentagem diminui para 92 por cento para a terceira dose.
- A cobertura para a vacina contra o sarampo é inferior à das outras vacinas, cifrando-se todavia em 89 por cento.
- Mais de oitenta por cento das crianças tinham efectuado todas as oito vacinas recomendadas durante os seus primeiros 12 meses de vida.
- A taxa de vacinação dos rapazes e das raparigas é praticamente a mesma.
- Contrariamente ao que é geralmente observado, a correlação entre a cobertura vacinal e o nível de instrução da mãe é fraca. As diferenças do nível de instrução são não somente mínimas como também atípicas, qualquer que seja o tipo de vacina. (dose única ou doses múltiplas). Para a DPT, em particular, a diferença do nível de instrução parece ser mais importante para a terceira dose, mas a favor das crianças cujas mães são menos instruídas, o que quer dizer que a taxa de abandono é curiosamente mais elevada nas crianças cujas mães têm uma educação secundária ou superior.

Diarreia

- Pelo menos oito em dez crianças (exactamente 83 por cento) que sofreram de diarreia receberam um ou vários tratamentos recomendados em casa (o que quer dizer que elas foram tratadas com o SRO) ou líquidos recomendados feitos em casa).
- Apenas 25 por cento das crianças que sofreram de diarreia receberam mais líquidos e continuaram a comer como recomendado.

Infecções respiratórias

- Cinco por cento das crianças com mais de cinco anos de idade tiveram uma infecção respiratória aguda durante as semanas que precederam o inquérito. Cerca de 47 por cento destas crianças foram submetidas aos cuidados de um agente de saúde apropriado.

Iniciativa da PCIME

- Dentre as crianças de menos de cinco anos de idade que teriam tido diarreia ou outras formas de doenças durante as duas semanas anteriores ao MICS, 22 por cento receberam mais líquidos e continuaram a comer segundo as recomendações do programa da PCIME.
- Vinte e um por cento das mães conheciam pelo menos dois sinais pelos quais uma criança deve ser levada imediatamente a um estabelecimento de saúde.

Paludismo

- Em São Tomé e Príncipe onde o paludismo é hiper-endémico em todo o território, apenas 43 por cento das crianças com menos de cinco anos de idade dormiam sob um mosquiteiro a noite antes do inquérito. Todavia, pouco mais da metade (53 por cento) dos mosquiteiros utilizados eram impregnados com insecticida.
- Cerca de 76 por cento das crianças com febre durante as duas semanas que antecederam o inquérito do MICS tinham recebido Paracetamol para tratar a febre e 62 por cento, a Cloroquina, enquanto que menos de 1 por cento tinha recebido Fansidar ou outros medicamentos. No total, 61 por cento das crianças que tiveram febre durante as duas últimas semanas anteriores ao inquérito foram tratadas com um anti-palúdico apropriado (Cloroquina, Fansidar, Halfan ou Quinino).

HIV/SIDA

- Apenas 11 por cento das mulheres de idade compreendida entre os 15 e 49 anos conheciam os três principais métodos de prevenção da transmissão do HIV – ter um só parceiro sexual não infectado, utilização de um preservativo em cada relação sexual e a abstinência sexual.
- Vinte cinco por cento das mulheres identificaram correctamente três ideias erradas relativas à transmissão do HIV, nomeadamente, que o HIV pode ser transmitido por meios sobrenaturais, através de picadas de mosquitos e que uma pessoa aparentemente de boa saúde não pode ser infectada.
- Em São Tomé e Príncipe, vinte e quatro por cento das mulheres em idade de procriar, conheciam um lugar onde se pode fazer o teste do Sida e cerca de 6 por cento já foram testadas.
- A percentagem de mulheres com conhecimentos suficientes sobre a transmissão do HIV e a percentagem das que sabem onde se pode efectuar o teste do HIV aumenta com o nível de instrução.

Contracepção

- A utilização de meios contraceptivos foi registada actualmente por 29 por cento das mulheres casadas ou que vivem numa união. O método mais conhecido é a pílula que é utilizada para 17 por cento das mulheres casadas ou em união, seguida das injecções que são praticadas por 9 por cento das mulheres casadas ou que vivem em união.

Cuidados pré-natais

- Quase duas mulheres em três (64 por cento exactamente) que deram à luz recentemente em São Tomé e Príncipe são protegidas contra o tétano neo-natal. Todas as mulheres receberam duas doses de toxoide tetânico durante os três últimos anos.
- A totalidade das mulheres em São Tomé e Príncipe recebem uma forma ou uma outra de cuidados pré-natais e 91 por cento recebem cuidados pré-natais de um pessoal qualificado (médico, enfermeiro, parteira).

Assistência durante o parto

- Um médico, um enfermeiro ou uma parteira assistiu a cerca de 79 por cento dos nascimentos que ocorreram durante o ano anterior ao inquérito do MICS. Esta percentagem

é a mais alta na região Sul, e atinge os 94 por cento e é mais baixa na região Centro, seja 63 por cento.

Registo dos nascimentos

- Os nascimentos de 70 por cento das crianças com menos de 5 anos de idade em São Tomé e Príncipe são registados no Registo Civil. Relativamente ao registo dos nascimentos, não existem disparidades entre os sexos. Em contrapartida, a percentagem de nascimentos registados aumenta em função da idade da criança ou nível de instrução da mãe. A negligência do pai é o principal motivo do não registo de nascimento da criança e é mencionado pelas mães em 21 por cento dos casos.

Orfanato e disposições relativas à guarda das crianças

- De uma forma geral, 54 por cento das crianças de idade compreendida entre 0 e 14 anos vivem com o pai e a mãe. As crianças que não vivem com um dos pais biológicos representam 10 por cento e as crianças que perderam um ou os dois dos pais representam 4 por cento de todas as crianças de idade compreendida entre 0 e 14 anos.
- A situação das crianças no Sul parece ser relativamente mais favorável que a das outras crianças. Nesta região, a percentagem das crianças que vivem com os dois pais é a mais elevada. Nesta região, a percentagem de crianças que vivem com os dois pais é a mais elevada (68 por cento). Dezanove por cento das crianças vivem nesta região apenas com a mãe, apesar do pai estar vivo, enquanto que ao nível nacional tais casos representam 30 por cento.

Trabalho infantil

- Cerca de 2 por cento das crianças de idade compreendida entre 5 e 14 anos de idade efectuam um trabalho remunerado. Cerca de três vezes mais – 6 por cento – participam num trabalho não remunerado para uma pessoa que não é membro do agregado familiar.
- Cerca de sete crianças em dez efectuam trabalhos domésticos, tais como cozinha, acarretar água e tratar de outras crianças durante mais de quatro horas por dia, enquanto que 5 por cento dedicam mais de quatro horas por dia a essas tarefas.
- Dez por cento das crianças efectuam trabalhos para a família nos campos, nas plantações ou noutras actividades do sector informal. Esta percentagem é mais alta no Príncipe (18 por cento) e no Norte (15 por cento).

Indicadores de síntese

Indicadores da Cimeira Mundial para as crianças		
Mortalidade Infanto-juvenil	Probabilidade de morrer antes de cinco anos de idade	111 por 1000
Mortalidade Infantil	Probabilidade de morrer antes de um ano de idade	71 por 1000
Prevalência da insuficiência ponderal	Proporção dos de menos de cinco anos que são muito magros para a idade	12,9 por cento
Prevalência do atraso de crescimento	Proporção dos de menos de cinco anos que são muito baixos para a idade	28,9 por cento
Prevalência de emagrecimento	Proporção dos de menos de cinco anos que são muito magros para o seu tamanho	3,6 por cento
Acesso à água potável	Proporção da população que utiliza água potável	79,9 por cento
Acesso à casas de banho	Proporção da população que utiliza casas de banho	26,3 por cento
Proporção das crianças que atingiram a quarta classe (ou quinta)	Proporção das crianças que entram no primeiro ano da escola primária e que atingem em definitivo a quarta classe (ou quinta)	83,4 (47,2) por cento
Taxa bruta de escolarização	Proporção das crianças de escola primária que frequentam uma escola primária	68,2 por cento
Taxa de alfabetização dos adultos	Proporção da população com mais de 15 anos que sabe ler uma carta ou um jornal	82,9 por cento
Acesso aos cuidados pré-natais	Proporção de mulheres de idade compreendida entre os 15-49 anos que foram vistas pelo menos uma vez durante a gravidez por um agente de saúde qualificado	90,6 por cento
Prevalência de contraceção	Proporção de mulheres casadas de 15 a 49 anos de idade que utilizam um método contraceptivo	29,3 por cento
Assistência no parto	Proporção dos nascimentos assistidos por um agente de saúde qualificado	78,6 por cento
Peso à nascença inferior a 2,5 Kg	Proporção de nados-vivos cujo peso é inferior a 2500 gramas	15,1 por cento
Consumo do sal iodizado	Proporção de agregados familiares que consomem sal iodizado de forma correcta	41,6 por cento
Suplemento em vitamina A às crianças	Proporção de crianças de 6 a 59 meses que receberam um suplemento de vitamina A durante os últimos 6 meses	3,0 por cento
Suplemento em vitamina A às mães	Proporção de mães que recebem um suplemento de vitamina A antes que o bebé atinja as 8 semanas	27,3 por cento
Aleitamento exclusivo	Proporção de lactentes de 4 meses que alimentam-se exclusivamente do leite materno	63,9 por cento
Alimentação complementar a tempo	Proporção de lactentes de 6 a 9 meses que recebem leite materno e alimentos complementares	53,2 por cento
Continuação do aleitamento	Proporção de crianças de 12 a 15 meses e de 20 a 23 meses que amamentam	84,1 por cento (12-15) 42,3 por cento (20-23)
Cobertura vacinal da DPT	Proporção de crianças vacinadas contra a difteria, a tosse convulsa e o tétano com um ano de idade	79,7 por cento
Cobertura vacinal do sarampo	Proporção de crianças vacinadas contra a rubéola com um ano de idade.	78,4 por cento
Cobertura vacinal da pólio	Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas contra a pólio	79,3 por cento
Cobertura vacinal do BCG	Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas contra a tuberculose com um ano de idade	95,1 por cento
Protecção das crianças contra o tétano néo-natal	Proporção de crianças de um ano protegidas contra o tétano néo-natal graças a vacina da mãe	64,3 por cento
Utilização da TRO	Proporção de crianças de menos de cinco anos que tiveram diarreia durante as 2 últimas semanas e que foram tratadas com o soro de rehidratação oral ou com uma solução adequada feita em casa.	83,4 por cento
Tratamento da diarreia em casa	Proporção de crianças de menos de cinco anos de idade que tiveram diarreia durante as 2 últimas semanas e que receberam outros líquidos e que continuaram a alimentar-se durante o episódio	25,0 por cento
Procura de cuidados de saúde para os IRA	Proporção de crianças com menos de cinco anos de idade que tiveram uma IRA ao longo das 2 últimas semanas e que se apresentaram a um agente de saúde apropriado	46,5 por cento

São Tomé e Príncipe – MICS 2000

Desenvolvimento pré-escolar	Proporção de crianças com idade compreendida entre os 36 a 59 meses que frequentam um programa de educação pré-escolar	18,2 por cento
Indicadores de Seguimento dos Direitos das Crianças		
Registo de nascimentos no Registo Civil	Proporção de crianças de menos de cinco anos cujos nascimentos foram registados no Registo Civil	69,7 por cento
Disposições relativas à vida das crianças	Proporção de crianças de 0 a 14 anos de idade que não vivem com um dos pais biológicos no agregado familiar	10,0 por cento
Crianças órfãs nos agregados familiares	Proporção de crianças de 0 a 14 anos de idade que são órfãs e vivem nos agregados familiares	0,2% (os 2 pais 4,1% (um dos 2 pais)
Trabalho infantil	Proporção de crianças de 5 a 14 anos que trabalham actualmente	19,8 por cento
Indicadores para a monitorização da PCIME e do paludismo		
Tratamento da doença em casa	Proporção de crianças de cinco anos de idade que teriam adoecido durante as 2 últimas semanas e que receberam mais líquidos e continuaram a alimentar-se	21,7 por cento
Conhecimentos sobre a procura de cuidados de saúde	Proporção das pessoas responsáveis por crianças com menos de cinco anos que conhecem pelo menos dois sinais que implicam a procura imediata de cuidados	21,3 por cento
Mosquiteiros	Proporção de crianças com menos de cinco anos que dormem sob um mosquiteiro impregnado de insecticida	58,2 por cento (zonas de alto risco unicamente)
Tratamento do paludismo	Proporção de crianças com menos de cinco anos que estiveram doentes e que tiveram febre durante 2 semanas e receberam anti-palúdicos	61,2 por cento
Indicadores de Seguimento do HIV/Sida		
Conhecimentos para evitar o HIV/Sida	Proporção de mulheres que identificaram correctamente os 3 principais métodos de prevenção da infecção pelo HIV	10,0 por cento
Conhecimentos dos conceitos errados sobre HIV/Sida	Proporção de mulheres que identificaram correctamente 3 conceitos errados em relação ao HIV/Sida	24,5 por cento
Conhecimento da transmissão mãe/bebé	Proporção de mulheres que identificaram correctamente os modos de transmissão do HIV da mãe para o bebé	32,1 por cento
Atitude das pessoas em relação ao HIV/Sida	Proporção de mulheres que exprimiram uma atitude discriminatória em relação a pessoas que têm o HIV/Sida	65,3 por cento
Mulheres que sabem onde se deve fazer teste para o HIV	Proporção de mulheres que sabem onde efectuar o teste de HIV	23,7 por cento
Mulheres que fizeram o teste do HIV	Proporção de mulheres que fizeram o teste de HIV	5,9 por cento

I. Introdução

Contexto do inquérito

Durante a Cimeira mundial para as crianças que teve lugar em Nova York em 1990, o Governo de São Tomé e Príncipe assumiu compromissos no decurso de uma Declaração e de um Plano de acção para as crianças. Esta cimeira foi, não somente a primeira das grandes conferências internacionais dos anos 90 mas também os objectivos que nela foram estabelecidos referiam-se às questões mais fundamentais da sobrevivência e do desenvolvimento humanos. Estes objectivos formam posteriormente adaptados de modo a referir a situação concreta de São Tomé e Príncipe e incorporados num Programa de acção nacional adoptado pelo Governo em 1994.

O Plano de acção lança igualmente um apelo a favor da implementação de mecanismos de seguimento dos progressos com vista à realização das finalidades e objectivos fixados para o ano 2000. Para tanto, o UNICEF elaborou um conjunto de 75 indicadores de base relativos aos aspectos específicos da situação das crianças em colaboração com outros organismos internacionais. Um inquérito MICS foi efectuado em 1995 com o objectivo de avaliar os progressos no meio da década. Todavia, por causa dos problemas metodológicos da amostra encontrados pela equipa encarregue pela execução da operação, esta equipa só pôde, infelizmente, apresentar resultados parciais. O inquérito MICS 2000 de São Tomé e Príncipe foi realizado com o objectivo de colher informações no fim da década sobre vários indicadores. As informações relativas aos outros indicadores foram extraídas do sistema de registo dos dados demográficos e dos diferentes sistemas de monitorização das doenças.

O MICS de São Tomé e Príncipe foi executado por uma equipa técnica nacional composta por técnicos dos Ministérios do Plano, da Saúde e da Educação e coordenada pelo Instituto Nacional de Estatística, na pessoa do seu Presidente. Beneficiou ainda da assistência técnica de dois consultores internacionais, um nos domínios da amostra, elaboração dos questionários, formação do pessoal de terreno e de supervisão, segmentação das zonas de recenseamento, análise dos resultados e preparação do relatório de análise do inquérito e o outro no domínio do tratamento informático do inquérito, (formação dos operadores de introdução dos dados; preparação dos programas de introdução dos dados, da coerência, estrutura e de acabamento; desenvolvimento dos programas de exportação dos ficheiros IMPS para SPSS; desenvolvimento dos programas da tabulação; produção das 42 tabelas standard do MICS2). O financiamento foi garantido pelo escritório do UNICEF em São Tomé e Príncipe.

O presente relatório apresenta os resultados dos principais temas abrangidos pelo inquérito e os indicadores da Cimeira Mundial.

Contexto de São Tomé e Príncipe

São Tomé e Príncipe encontra-se hoje nas primeiras etapas da transição demográfica, um processo através do qual as sociedades modernas alteram as taxas de mortalidade e de fecundidade altas para taxas mais baixas. Por conseguinte, o país enfrenta os problemas de um forte crescimento da população e de uma relação de dependência (ou seja, a população de jovens de menos de 15 anos e a das pessoas com mais de 65 anos de idade e mais, dividida pela população em idade de trabalhar) elevada, mais os problemas resultantes de uma rápida urbanização.

No total, a população cresceu em média de 2,0 por cento por ano entre os dois recenseamentos de 1981 e de 1991, data em que ela atingiu a cifra de 117.504 habitantes. A população quase que duplicou nesta metade do século entre 1940 e 1991, mas com a taxa de crescimento actual, ela duplicará ainda em apenas menos de 37 anos. Em relação à mortalidade, a melhoria da saúde

pública levou à diminuição rápida da taxa bruta de mortalidade que passou de 32,4 por 1000 em 1940 para 12,5 por 1000 em 1970, depois para 7,7 por 1000 em 1981 e 8,3 por 1000 em 1991. Em contrapartida, a taxa bruta de natalidade duplicou praticamente entre os recenseamentos de 1940 e 1960, passando de 24,2 por 1000 para 46 por 1000. Este aumento da taxa bruta de natalidade deve-se principalmente à baixa e à eventual eliminação do desequilíbrio numérico entre os sexos resultado do sistema de contrato de trabalho. Com efeito, um grande número de homens solteiros foram trazidos de diferentes países para trabalhar em São Tomé e Príncipe, primeiro como escravos e mais tarde como trabalhadores contratuais. Em 1940 e 1950, as mulheres representavam respectivamente 38 e 40 por cento da população. O equilíbrio numérico dos sexos começou a estabelecer-se progressivamente a partir dos anos 60 e 70 e só no recenseamento de 1981, como na maioria dos países, as mulheres tornaram-se a maioria da população. No recenseamento de 1991, contavam-se 97,6 homens para cada 100 mulheres. Apesar de uma ligeira diminuição, a natalidade continua a níveis relativamente altos; passou de 44,4 por 1000 em 1970 para 41,5 por 1000 em 1981 e 34,9 por 1000 em 1991. Quanto ao índice sintético de fecundidade, ou seja, o número médio de crianças nascidas vivas por mulher, este diminuiu igualmente mas menos rapidamente. Não se dispõe de dados de longo prazo sobre este indicador. Todavia, este baixou de 6,9 para 5,4 entre 1981 e 1991. Por outro lado, a relação de dependência económica aumentou rapidamente entre os anos 50 e os anos 70 (de 44,5 em 1950 para 104,9 em 1981), antes de estabilizar-se neste nível alto ao longo dos anos 80 e 90.

O declínio rápido das taxas de mortalidade resulta de progressos substanciais realizados na extensão da cobertura vacinal e da qualidade dos serviços de saúde. Em particular, no domínio da saúde reprodutiva (SR) São Tomé e Príncipe deu passos bastante significativos. Presentemente, os serviços de saúde reprodutiva estão disponíveis pelo menos em 18 centros, com uma distribuição geográfica razoável, cobrindo todos os sete distritos administrativos do país. Todavia o Hospital Central permanece o único estabelecimento a fornecer cuidados obstétricos e completos. Quanto ao número de estruturas sanitárias que fornecem cuidados obstétricos essenciais de base, este baixou ao longo do decénio: de 5 centros em 1990, passou-se a 3 actualmente com o encerramento dos centros dos distritos de Mé-Zochi e Cantagalo. Desde os meados da década de 80, o estado de saúde da população deteriorou-se um pouco reflectindo uma inversão da tendência traduzindo-se por um ligeiro aumento da mortalidade. Esta situação dever-se-ia ao contexto de desenvolvimento económico desfavorável dos anos 80, à pobreza crescente e às dificuldades cada vez maiores às quais o Governo devia fazer face para manter e apoiar os serviços de saúde. Importa sublinhar que as ameaças mais sérias à saúde em São Tomé e Príncipe estão estritamente ligadas às condições de higiene e de saneamento muito precárias nas quais vivem a maioria das populações assim como às suas atitudes e comportamentos inadequados em relação ao saneamento, à água e à saúde. Aí se encontram os factores-chaves da elevada incidência do paludismo, das infecções respiratórias agudas e das doenças diarreicas agudas, as três principais causas da morbilidade e da mortalidade no país.

Objectivos do inquérito

Os principais objectivos do inquérito de agregados indicadores múltiplos 2000 de São Tomé e Príncipe são os seguintes:

- Fornecer informações actualizadas para a avaliação da situação das crianças e das mulheres de São Tomé e Príncipe no fim do decénio e para o próximo decénio;
- Fornecer dados necessários para o seguimento dos progressos em vista da realização dos fins fixados na Cimeira mundial para as crianças e como base para as acções futuras;
- Contribuir para a melhoria dos dados e dos sistemas de monitorização em São Tomé e Príncipe e fornecer a experiência técnica em matéria de concepção, de implementação e análise desses sistemas.

II. Metodologia do inquérito

Concepção da Amostra

A amostra para o inquérito sobre os indicadores múltiplos (MICS) de São Tomé e Príncipe foi concebida de modo a fornecer estimativas sobre os indicadores de saúde ao nível nacional para as zonas urbanas e rurais e para as quatro regiões a seguir indicadas nas quais se situam os sete distritos administrativos do país: Norte (Lobata e Lembá), Centro (Água Grande, Mé-Zóchi e Cantagalo), Sul (Caué) e Príncipe. A amostra foi escolhida em duas etapas. Durante a primeira etapa, 116 zonas de recenseamento (ZR) para uma amostra nacional de cerca de 3.500 agregados familiares, foram escolhidas com uma probabilidade proporcional ao tamanho em agregados familiares no último recenseamento de 1991. Seguidamente uma repartição em segmentos areolares de 30 agregados familiares cada foi efectuada ao nível das ZR escolhidas, e um segmento-amostra no interior do qual todos os agregados familiares a ser inquiridos foi escolhido de forma aleatória de entre os segmentos-amostras constituídas em cada ZR. Tendo em conta que as probabilidades de selecção são as mesmas ao nível nacional, a amostra assim constituída seria auto-ponderada se o inquérito fosse realizado pouco tempo depois do recenseamento. Todavia, tendo em conta o prazo entre as duas operações foram calculadas ponderações e aplicadas aos diferentes ficheiros de dados. Ainda mais, finalmente são 115 ZR que puderam ser abrangidas pelo inquérito em vez das 116 seleccionadas. Desta forma, para a comunicação dos dados a nível nacional, foram utilizadas estas ponderações da amostra. Os detalhes técnicos completos da amostra encontram-se no Apêndice B.

Questionários

Os questionários da MICS de São Tomé e Príncipe baseiam-se no modelo de questionário da MICS com algumas modificações e acréscimos. Um questionário para os agregados familiares foi aplicado em cada agregado familiar, o que permitiu recolher diferentes informações acerca dos membros do agregado familiar, nomeadamente, o sexo, a idade, a alfabetização, a situação de família e o estatuto do órfão. O questionário incluía ainda módulos sobre a educação, o trabalho das crianças, água e saneamento e iodização do sal. Além do questionário dos agregados familiares, outros questionários foram aplicados em cada agregado familiar para as mulheres de idade compreendida entre os 15 e 49 anos e para as crianças de menos de cinco anos de idade. Relativamente às crianças, o questionário foi aplicado à mãe ou à pessoa responsável pela criança.

O questionário para as mulheres contém os seguintes módulos:

- A mortalidade na infância
- O toxóide tetânico
- A saúde materna e do recém-nascido
- A utilização dos contraceptivos
- O HIV/Sida

O questionário para as crianças com menos de cinco anos de idade contém os seguintes módulos:

- A vitamina A
- O aleitamento materno
- O tratamento das doenças
- O paludismo
- A vacinação
- A antropometria

Dois módulos opcionais foram anexados ao questionário, sendo o primeiro aplicado à mãe ou à pessoa responsável pela criança e o segundo a um adulto (de idade superior a 15 anos ou mais) do agregado familiar. Estes dois módulos são os seguintes:

A incapacidade das crianças de 2 a 9 anos
A mortalidade materna.

A partir da versão inglesa do módulo da MICS, os questionários foram traduzidos para português. Os questionários foram testados previamente em Julho de 2000. Atendendo aos resultados do pré-teste foram feitas modificações ao enunciado e à tradução dos questionários. Orientada por um consultor internacional, a revisão dos questionários foi feita com a participação da contrapartida nacional e da equipa local MICS e sempre com a preocupação de garantir a comparabilidade da informação. Em relação ao modelo standard, foram feitas algumas pequenas alterações relacionadas com a introdução, no quadro da informação sobre o agregado familiar, de uma série de questões sobre a posse de oito bens ou serviços suplementares de acordo com as últimas recomendações do MICS para a elaboração do indicador do estatuto económico dos agregados familiares e segundo a realidade contextual, com a quarta modalidade das razões do não registo do nascimento da criança no módulo destinado ao registo dos nascimentos e com a educação de base. Para os questionários completos, ver o Apêndice D.

Trabalho no terreno e tratamento

O pessoal de terreno foi formado durante cinco dias em finais de Julho 2000. Cinco equipas recolheram os dados, cada uma das quais compreendia quatro agentes inquiridores, um agente antropométrico, um motorista e um supervisor. O coordenador do MICS foi o responsável pela supervisão geral. O trabalho no terreno iniciou em Agosto de 2000 e terminou em Setembro de 2000. O MICS beneficiou ainda do apoio logístico do FNUAP e da OMS.

Os dados foram introduzidos em quatro micro-computadores utilizando o programa IMPS. Para a qualidade dos dados, todo o pessoal da equipa informática local encarregue pelo tratamento dos dados do MICS beneficiou igualmente desta formação, assim como a equipa de terreno e o de supervisão, além da formação específica de que beneficiaram sobre a exploração informática dos dados do inquérito orientada por um consultor internacional. Com o objectivo de garantir a qualidade o controlo da qualidade, todos os questionários foram introduzidos duas vezes e os controlos de coerência interna foram efectuados. Os procedimentos e os programas standard elaborados pelo MICS e adaptados ao questionário de São Tomé e Príncipe foram utilizados durante todo o processo. O tratamento dos dados começou em Setembro 2000 e só terminou em Novembro do mesmo ano. Entretanto, não foi efectuado o recrutamento dentre os melhores inquiridores, dos editores de gabinete para procederem a verificação dos questionários para todas as ZR antes da sua introdução nos computadores e com o objectivo de reduzir ao máximo os riscos de erro que pudessem existir. Podendo exigir a montante, um excesso de trabalho especializado. Além disso, a fase de tratamento informático do inquérito beneficiou da assistência técnica de um consultor internacional.

III - Características da amostra e qualidade dos dados

Taxa de resposta

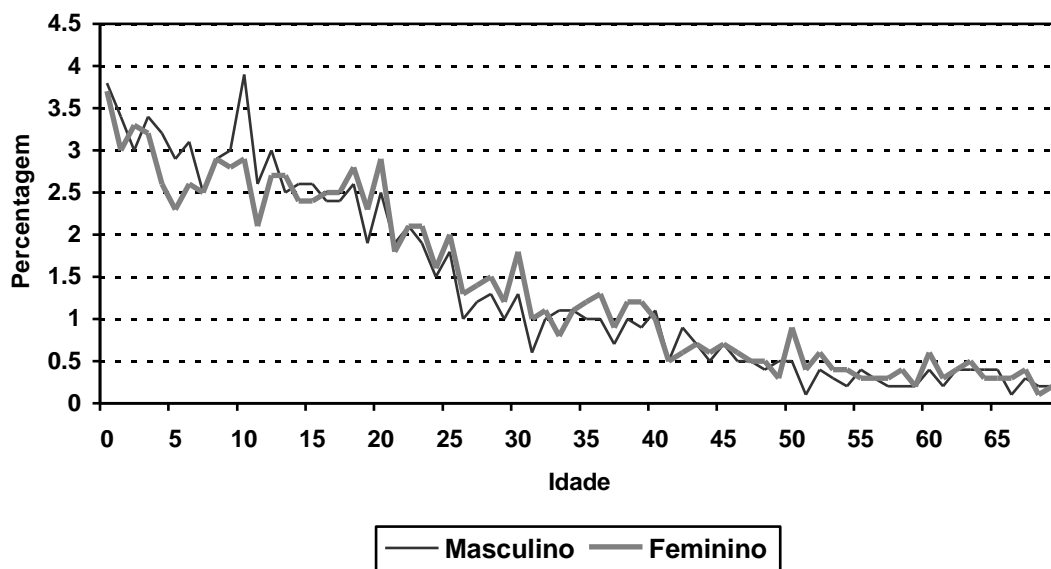
Dos 3254 agregados familiares seleccionados pela amostra da MICS de São Tomé e Príncipe, 3252 eram ocupados (Quadro 1). Dentre eles 3173 foram inquiridos com sucesso para uma taxa de resposta de agregados familiares de 98 por cento. A taxa de resposta era praticamente invariável segundo o lugar de residência, urbano ou rural. No seio dos agregados familiares inquiridos, 3501 mulheres elegíveis de idade compreendida entre os 15 e 49 anos foram identificadas, dentre as quais 2956 foram inquiridas com sucesso, o que corresponde a uma taxa

de resposta de 84 por cento. Além disso, 2289 crianças com menos de cinco anos foram registadas no capítulo do questionário sobre os agregados familiares cujos questionários foram preenchidos para 2234 crianças para uma taxa de resposta de 98 por cento.

Distribuição por idade e dados em falta

Tal como indicado no Quadro 2 e na Figura 1, a distribuição ano por ano da idade dos membros do agregado familiar por sexo apresenta algumas distorções para as idades de 11 e 20 anos para as raparigas e para 10 anos de idade para os rapazes. Parece haver, para os dois sexos, uma preferência evidente dos números para as idades que terminam em 0 e 5, o que é típico das populações para as quais as idades nem sempre são conhecidas.

Figura 1. Distribuição ano por ano da idade da população dos agregados familiares por sexo, São Tomé e Príncipe, 2000.



Com o objectivo de garantir o controlo de base da qualidade dos dados do inquérito, a percentagem das informações em falta respeitantes aos casos das questões seleccionadas é indicada no Quadro 3. Apenas para as medidas antropométricas, nomeadamente o peso, faltam informações para menos dum por cento de crianças de menos de cinco anos, ou seja, apenas 0,4 por cento.

Importa sublinhar que, no quadro do MICS de São Tomé e Príncipe, dois módulos foram profundamente alterados por uma má tradução do aditamento, precisamente antes da fase de colecta de dados, de uma questão-filtro subsidiária (11A) que, em definitivo, em vez de seleccionar todas as mulheres que tiveram um nado-vivo ao longo dos 12 últimos meses que antecederam a data da entrevista, isto é, desde o mês de Agosto de 1999, não tomou em consideração senão as mães que deram à luz unicamente ao longo mês de Agosto de 1999. Informações sobre esses módulos puderam ser recuperadas nalguns questionários, aquando de uma missão, pelo consultor internacional encarregue do tratamento informático do inquérito. De notar ainda que a equipa local do MICS de São Tomé e Príncipe não pôde receber apoio técnico externo durante a fase crucial da colecta de dados como fora recomendado pela missão do consultor especialista da MICS 2. Por conseguinte, os resultados relativos a estes módulos devem ser interpretados com prudência por causa do número pouco significativos de casos.

Fora o problema acima relatado e o problema de ordem organizacional que levou ao esquecimento de uma ZR durante o inquérito (cf. II, acima citado, ponto sobre a concepção da amostra) o baixo nível dos dados em falta indica que não havia outros problemas importantes relativamente às questões ou ao trabalho no terreno.

Características da população dos agregados familiares

As informações relativas às características da população dos agregados familiares e aos respondentes do inquérito são fornecidas com o objectivo de favorecer a interpretação dos resultados do inquérito e servir de mecanismo de controlo de base da implementação da amostra.

O Quadro 4 apresenta a distribuição por percentagem das casas da amostra segundo as características do contexto. Cerca de 46 por cento das casas (1500 casas) são urbanas e 54 por cento (1754 casas) são rurais. A região do Centro é, de longe, a mais vasta de todas as quatro regiões, com 71 por cento das casas, enquanto que a região do Norte vem em segundo lugar, com 19 por cento. As duas outras regiões (Sul e Príncipe) representam quase a mesma percentagem de casas, cerca de 5 por cento. A maioria das casas contam dois a cinco membros. Quarenta e quatro por cento das casas contêm pelo menos uma criança de menos de cinco anos e 73 por cento contêm pelo menos uma mulher de idade compreendida entre os 15 e 49 anos de idade.

O Quadro 5 apresenta as características dos que responderam com idade compreendida entre 15 e 49 anos. As mulheres de idade compreendida entre 15 e 19 anos e de 20 a 24 anos representam as percentagens mais importantes da amostragem, seja 24 e 22 por cento respectivamente. Esta percentagem baixa sucessivamente para os grupos de idade até aos 45-49 anos para a qual ela é de 5 por cento. Esta situação é típica dos países da região. Cerca de 81 por cento das mulheres da amostra vivem em união, das quais 19 por cento contrataram formalmente um casamento (religioso ou civil) e 75 por cento já deram à luz. Cerca de 39 por cento das mulheres têm o nível de instrução primária e 43 por cento têm pelo menos o nível secundário. Cerca de 18 por cento das mulheres de 15 a 49 anos de idade não receberam qualquer tipo de instrução.

O Quadro 6 apresenta as características das crianças com menos de cinco anos de idade. Quarenta e oito por cento das crianças são rapazes e 52 por cento são raparigas. Cerca de 19 por cento das mães das crianças de menos de cinco anos de idade não receberam qualquer instrução, uma percentagem que é para bem dizer quase igual à percentagem global das mulheres da amostra que não receberam instrução. Convém salientar que para as crianças cujas mães não vivem em casa, o nível de instrução da pessoa responsável pela criança foi tomado em consideração. Existe um pouco mais de crianças com menos de seis meses de idade que crianças com 6 a 11 meses de idade, o que é inesperado.

IV. Resultados

A. Mortalidade infantil e infanto-juvenil

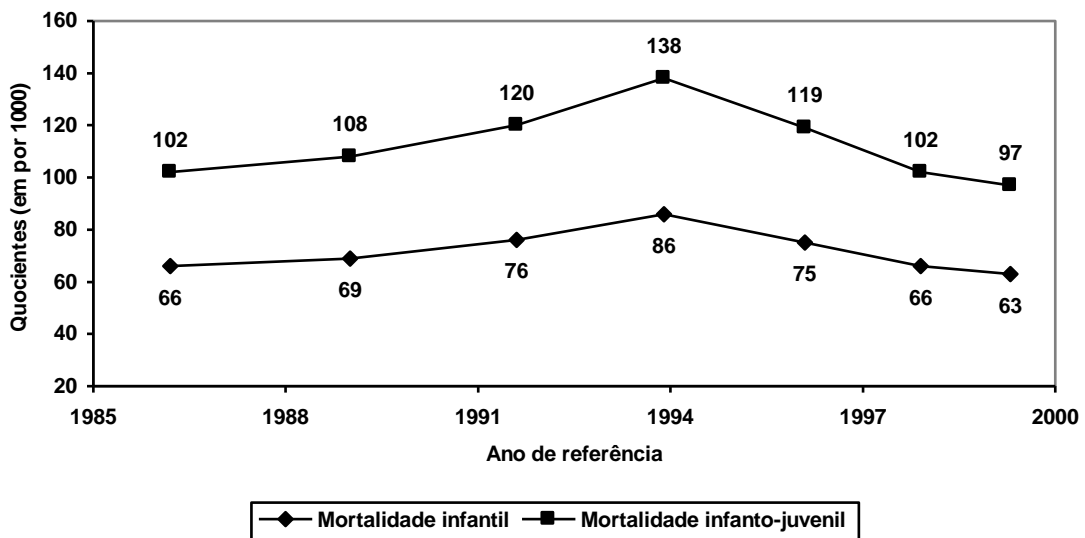
A taxa de mortalidade infantil é a probabilidade de morrer antes do primeiro ano de vida. A taxa de mortalidade infanto-juvenil é a probabilidade de morrer antes do quinto ano de vida. Ao nível do MICS, as taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil são calculadas na base de uma técnica de estimativa indirecta (Método de Brass). Os dados utilizados para a estimativa são os seguintes: número médio de crianças nascidas por grupo de idade de cinco anos em mulheres de idade compreendida entre os 15 a 49 anos e a proporção dessas crianças que morreram. A técnica converteu estes dados em probabilidade de morrer tomando em consideração tanto os riscos de mortalidade a que estão expostas as crianças como a duração da sua exposição ao risco de morrer.

Os dados utilizados para as estimativas da mortalidade são indicados no Quadro 7. O número médio de crianças nascidas passa de 0,33 nas mulheres de 15 a 19 anos para 6,63 nas mulheres de 45 a 49 anos, como previsto.

Além disso, um estudo sobre a relação de masculinidade à nascença (não apresentado) mostra que os nascimentos de rapazes poderia ter sido sob-estimado nomeadamente, nas mulheres de idade de 15 a 19 anos e 30 a 34 anos para as quais o rácio dos sexos à nascença é respectivamente de 0,97 e 0,96, enquanto que os nascimentos de raparigas o seria nas mulheres de idade compreendida entre os 20-24 e 45-49 para as quais o rácio dos sexos à nascença é de 1,11. Não é senão para o grupo de idades 25-29 anos que a relação de masculinidade à nascença de 1,07 se situa nos limites plausíveis de 1,03 a 1,08.

As estimativas de mortalidade foram obtidas graças à ajuda do programa QFIVE da Nações Unidas. Na base das estimativas anteriores da mortalidade infantil e infanto-juvenil para São Tomé e Príncipe, o quadro modelo de mortalidade da família Norte foi considerado como o mais adequado. As estimativas da mortalidade infantil e infanto-juvenil dos de menos de cinco anos de idade para vários anos de referência estão apresentados na Figura 2. A título indicativo, pode-se notar que o nível de mortalidade infanto-juvenil relativo ao ano de referência 1994 (mais exactamente 1993,9) baseado nos relatórios respeitantes às mulheres de 30 - 34 anos (ou seja, 138 por 1000) é igual ao calculado por A. Lima e L. Sousa (1996)¹ para o mesmo ano 1994, por exploração dos dados do registo civil cuja cobertura é completa e a qualidade dos dados boa. Definitivamente, é a média das estimativas relativas aos dois grupos de idade 20 a 24 e 25 a 29 anos que foi escolhida para a estimativa da mortalidade em 1997. Estas estimativas parecem constituir os valores mais recentes que podem ser utilizados com alguma segurança.

Figura 2. Estimativas da mortalidade infantil e infanto-juvenil baseadas nas técnicas indirectas, São Tomé e Príncipe, 2000



Os dados do Quadro 8 mostram que os níveis de mortalidade na infância em São Tomé e Príncipe continuam ainda altos. Em 1997, em 1000 nado-vivos a nível nacional, 71 morreram antes dos seu primeiro ano de vida e foram no total 111 crianças a morrer antes de atingir a idade de cinco anos. Ao nível dos diferenciais de mortalidade na infância, morrem relativamente

¹ Lima A. & Sousa L. (1996), Indicadores de Saúde Materna e Infantil em São Tomé e Príncipe, 1990-1994. Também citado por United Nations System (1998), São Tomé and Príncipe: Common Country Assessment, United Nations System in São Tomé and Príncipe, vi+127 p.

mais raparigas que rapazes na infância contrariamente ao que é observado noutras paragens. Será que esta sobre-mortalidade feminina reflecte a realidade socio-sanitária do momento? Considerando as vantagens biológicas que teriam as meninas em relação aos rapazes, a sobre-mortalidade feminina registada na infância seria de pelo menos 5 por cento: a probabilidade de morrer antes da idade de cinco anos é de 123 para 1000 entre as raparigas contra 113 por 1000 entre os rapazes. Contra todas as expectativas, esta sobre-mortalidade feminina seria observada mesmo desde o primeiro ano de vida se bem que ela aí seja mais fraca (76 para 1000 contra 74 para 1000). Todavia, nenhuma outra fonte permite confirmar ou invalidar esta constatação uma vez que os indicadores até agora disponíveis sobre a mortalidade infantil em São Tomé e Príncipe nunca foram calculados ou ventilados por sexo. Todavia, se a hipótese de uma sobre-mortalidade feminina se verificasse, o que é feito da vantagem biológica que a natureza parece ter dado às meninas dando-lhes mais resistência do que aos meninos, que são, pois, mais vulneráveis às doenças infecciosas em geral? Por que ou quais mecanismo(s) esta sobre-mortalidade feminina poderia explicar-se? Em todos os casos, a questão merece ser aprofundada, primeiramente sobre as estimativas da mortalidade, em seguida sobre a apreciação das desigualdades sexuais que daí decorressem e, finalmente, sendo o caso, sobre a pesquisa de elementos explicativos do fenómeno.

Em contrapartida, as diferenças de mortalidade das crianças de menos de cinco anos observadas segundo o meio de residência surpreendem. A sobre-mortalidade das crianças no meio rural em relação à do meio urbano é com efeito relativamente fraca, ela é de 5 por cento (seja de 113 por 1000 contra 107 por 1000). Em São Tomé e Príncipe, a distinção entre os meios urbano e rural não é nada fácil. A fraqueza das diferenças sexuais de mortalidade na infância segundo o meio de residência seria essencialmente devida à situação de higiene e de saneamento muito precária tanto no meio rural como no urbano nomeadamente nas zonas periféricas e suburbanas, geralmente mais populosas, criando condições favoráveis à reprodução de mosquitos, vectores do paludismo, e à incidência elevada de doenças diarreicas agudas.

Além disso, existe uma correlação negativa entre o nível de instrução da mãe(ou da pessoa responsável pela criança) e a mortalidade infantil. Com efeito, morrem relativamente 1,7 vezes mais crianças de mães não instruídas que crianças de mães com um nível de instrução secundária ou superior.

B. Educação

O acesso universal à educação de base e o completamento da educação primária pelas crianças do mundo constituem um dos mais importantes fins da Cimeira mundial pelas crianças. A educação constitui uma condição sine qua non da luta contra a pobreza, da habilitação das mulheres, da protecção das crianças contra o trabalho perigoso, a exploração através do trabalho e do sexo assim como da promoção dos direitos humanos e da democracia, da protecção do ambiente e da influência sobre o crescimento demográfico.

Educação da primeira infância

Apenas 18 por cento das crianças de idade compreendida entre os 36 e os 59 meses seguem um programa organizado de educação da primeira infância, nomeadamente um jardim de infância ou cuidados comunitários dispensados às crianças, com actividades de aprendizagem organizadas (Quadro 9). Esses programas são seguidos por quase tantas meninas como rapazes. Existem disparidades bastante importantes segundo a região, desde 15 por cento de crianças na região Centro até 41 por cento no Sul. Em contrapartida, as crianças nas zonas rurais têm tanta possibilidade de seguir actividades pré-escolares como as crianças das zonas urbanas. Uma em cada sete crianças com a idade de três anos (36-47 meses) segue um programa pré-escolar, enquanto que com a idade de quatro anos (48-59 meses) praticamente um em cada cinco o segue. Enfim, existe uma estreita correlação entre a educação da mãe e a possibilidade de a criança seguir um programa de educação pré-escolar. A percentagem das crianças que seguem

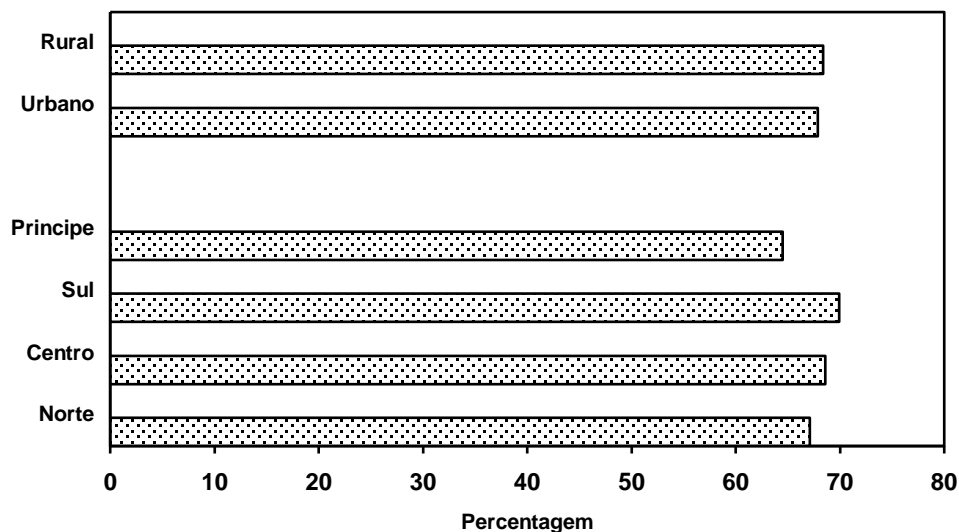
um programa de educação da primeira infância cresce, passando de 14 por cento a 26 por cento, à medida que o nível de instrução da mãe passa de nenhum nível ao nível secundário ou superior.

Em São Tomé e Príncipe, as tentativas de introdução dum ano de ensino pré-escolar tal como o preconiza o decreto-lei n° 53/88, foram suspensas desde 1988/89 por razões essencialmente ligadas à falta de espaço nos estabelecimentos de ensino primário do país. Consequentemente, as possibilidades de ensino pré-escolar continuam limitadas a uma pequena minoria que tem acesso aos jardins de infância que se encontram principalmente na capital. Quanto às creches, essencialmente ligadas às roças elas verdadeiramente não tinham uma função educativa. Ainda mais, a reforma agrária de 1993 não criou para tais infra-estruturas condições adequadas para a transferência de responsabilidade.

Educação de base

Duma maneira geral, 68 por cento das crianças em idade de ir à escola primária em São Tomé e Príncipe frequentam um estabelecimento de ensino primário (Quadro 10). A percentagem das crianças escolarizadas é a mesma nas zonas rurais e urbanas (Figura 3). Ao nível nacional praticamente não existem diferenças significativas de escolarização entre regiões, tanto no seio dos rapazes como das raparigas.

Figure 3 : Percentagem das crianças em idade escolar que frequentam um estabelecimento de ensino primário, São Tomé e Príncipe, 2000



Menos de metade (exactamente 47 por cento) das crianças que entram para o primeiro ano da escola primária atingem, em definitivo, a quinta classe (Quadro 11). Todavia, é preciso sublinhar que, se bem que a lei que regulamenta o sistema nacional de educação (Decreto-lei 53/88) tenha estabelecido o ensino de base de seis classes, este permanece geralmente reduzido a quatro classes. A um dado momento foram evocados constrangimentos conjunturais de capacidade em termos de infra-estruturas, de condições materiais e de recursos humanos. Tais constrangimentos são sempre de realização uma vez que as condições não estão até agora criadas para garantir, de maneira efectiva, um ensino primário de 6 anos. Também são um pouco mais de 83 por cento dessas crianças que entram na primeira classe a atingir a quarta classe. Existem pequenas disparidades entre regiões as quais parecem ainda mais reduzidas entre zonas urbanas e zonas rurais, com uma vantagem muito ligeira do meio rural, ou desaparecem praticamente entre meninas e rapazes no que respeita à conclusão do quinto ano.

Cerca de 46 por cento das crianças nas zonas urbanas que entram na primeira classe atingem a quinta classe, contra 49 por cento das crianças nas zonas rurais. Na região Centro, metade dos que entram na primeira classe atingem a quinta enquanto que no Norte, a percentagem comparável é de 34. A principal diferença entre o Norte e as outras regiões reside na percentagem, relativamente fraca no Norte, das crianças que chegam à quarta e à quinta classes. Para as classes anteriores, as diferenças não são importantes e a percentagem das crianças que prosseguem os estudos na segunda classe parece mesmo ligeiramente superior no Norte em relação às outras regiões, à excepção do Sul onde o ensino primário pára praticamente na quarta classe.

Alfabetização dos adultos

A esmagadora maioria da população de mais de 15 anos em São Tomé e Príncipe sabe ler e escrever (Quadro 12). Por população *que sabe ler e escrever*, entende-se aqueles que lêem “facilmente ou dificilmente”. De uma maneira geral as mulheres têm menos oportunidades que os homens de saber ler e escrever (76 por cento contra 92 por cento). A percentagem da população que sabe ler e escrever é inferior nas regiões do Sul e Norte em relação às regiões do Centro e do Príncipe. Esta situação pode explicar-se, em parte, pela percentagem relativamente elevada, nas regiões Sul e Norte, de membros de lares cujo estatuto de alfabetização não é conhecido. O nível de alfabetização baixa à medida que a idade aumenta. A percentagem de alfabetização baixa, passando de 94 por cento nas pessoas com a idade de 15 a 34 anos para 35 por cento nas pessoas com a idade de 65 anos e mais. Diminui nas mulheres mais precocemente que nos homens. No seio das mulheres, o nível de alfabetização começa a baixar drasticamente a partir dos 35 anos, ao passo que no seio dos homens ela não começa a baixar senão muito mais tarde, a partir dos 55 anos.

C. Água e Saneamento

Utilização da água para beber

A água potável é uma condição prévia para a boa saúde. A água não potável pode ser um importante vector de doenças como o tracoma, a cólera, a febre tifóide, e a sistosomiase. A água para beber pode igualmente ser contaminada por produtos químicos, matérias físicas e radiológicas que têm efeitos nefastos sobre a saúde humana. Para além dos aspectos de saúde, o acesso à água para beber pode ser particularmente importante para as mulheres e as crianças, em particular nas zonas rurais, aos quais incumbe a principal responsabilidade do transporte da água, muitas vezes ao longo de longas distâncias.

Se bem que São Tomé e Príncipe disponha de abundantes fontes de água de superfície, ainda uma parte não desprezível da população não tem acesso à água potável em condições de salubridade. O potencial de aprovisionamento em água está estimado em 18000 metros cúbicos por pessoa por ano, sem contar as fontes de água subterrâneas. Construído durante o período colonial, o sistema de aprovisionamento de água foi objecto de pouca manutenção e recebeu relativamente pouco investimento ao longo do decénio (cerca de 1,6 milhões de dólares americanos em 1991-96). O país conta com onze sistemas independentes, servindo a maioria das zonas urbanas, mas somente sete dentre eles dispõem de sistema de tratamento dos quais alguns não estão operacionais. Uma parte da água consumida está então contaminada na fonte ou poluída em contacto com resíduos por causa do mau estado das canalizações. A rede pública de distribuição de água à qual uma boa parte da população está tradicionalmente ligada não funciona muito bem. No meio rural, os sistemas de aprovisionamento em água há muito instalado pelas “roças” foram seriamente afectados pelo declínio do sector das plantações.

Assim, apenas 6 por cento da população utiliza água corrente nas casas, enquanto que 20 por cento utiliza água tirada nos seus quintais ou nas suas parcelas e 45 por cento os fontanários

públicos. Os rios e os cursos de água e os poços protegidos constituem igualmente fontes não desprezíveis para o aprovisionamento em água para beber.

As fontes de abastecimento em água para beber das populações variam consideravelmente segundo as regiões (Quadro 13). A água corrente e a água recolhida nos cursos de água ou em parcelas são mais utilizadas nas regiões do Centro (respectivamente 7 e 21 por cento) e Príncipe (respectivamente 7 e 34 por cento). Em contrapartida, somente 3 por cento da população do Norte e menos de 2 por cento da do Sul dispõem de água corrente. Nas regiões Norte e Sul. Os rios e os cursos de água (uma fonte não potável) constituem a segunda fonte mais importante de água para beber, servindo 17 por cento da população no Norte e 24 por cento no sul. Nessas regiões, a maioria da população utiliza as fontes públicas (62 por cento no Norte e 44 por cento no Sul).

As populações que utilizam fontes de água potável são as que utilizam um dos seguintes tipos de aprovisionamento em água: a água corrente, as fontes públicas, os furos/poços, os poços protegidos ou a água de nascentes protegidas. De notar que em São Tomé e Príncipe a água da chuva, tal como ela é colhida, não é considerada uma fonte potável. Duma maneira geral, 80 por cento da população tem acesso a água potável - 88 por cento nas zonas urbanas e 72 por cento nas zonas rurais. A situação no Sul é pior que nas outras regiões; apenas 62 por cento da população tem acesso à água potável nessa região.

Saneamento

A eliminação inadequada de excrementos humanos e a insuficiência de higiene pessoal são a causa duma gama de doenças, nomeadamente as doenças diarreicas e a pólio. A eliminação segura dos excrementos humanos compreende: as casas de banho com descarga de água ligadas a um sistema de esgoto ou a fossas sépticas, as outras casas de banho com descarga de água, latrinas melhoradas ou latrinas tradicionais. Apenas um pouco mais de um quarto (26 por cento) da população de São Tomé e Príncipe vive em casas com casas de banho (Quadro 14). Esta percentagem é de 33 por cento nas zonas urbanas e 20 por cento nas zonas rurais. Ao habitantes da região sul têm muito menos possibilidade do que as outras de utilizar casas de banho. As instalações mais expandidas são as casas de banho com descarga de água ligadas a um sistema de esgoto ou a uma fossa séptica (17 por cento) e as latrinas melhoradas (7 por cento). A esmagadora maioria da população (73 por cento ao nível nacional) que não tem acesso a qualquer meio de saneamento melhorado de tratamento de excrementos utiliza as praias, o mato ou os campos. Deste modo, ela contribui para a deterioração das condições de saneamento que no contexto de forte pluviosidade, afecta a qualidade da água consumida e favorece o desenvolvimento de águas estagnadas propícias à proliferação de mosquitos vectores da malária e com uma forte incidência de doenças diarreicas agudas. Assim, em São Tomé e Príncipe, a situação de saneamento constitui uma das maiores preocupações da saúde pública.

D. Mal nutrição das crianças

Estatuto nutricional

O estatuto nutricional das crianças reflecte a sua saúde geral. Quando as crianças têm acesso a alimentação suficiente elas não estão expostas a doenças repetidas e quando elas são bem tratadas, aproveitam todas as suas potencialidades de crescimento e são consideradas como bem alimentadas.

No seio duma população bem alimentada, existe uma distribuição padrão de tamanho e do peso para as crianças para as crianças de idade inferior a cinco anos. A mal nutrição no seio de uma população pode ser avaliada graças à comparação das crianças com esta distribuição padrão. A população-padrão ou de referência utilizada aqui é uma norma da NCHS, que é recomendada

pela UNICEF e pela Organização Mundial da Saúde. Cada um dos três indicadores do estatuto nutricional é expresso em unidades de desvio-padrão (scores z) em relação à mediana dessa população de referência. Segundo a norma, numa população bem alimentada apenas 2,3 por cento seriam abaixo de dois desvios-padrão da mediana em relação à mediana de referência e apresentariam um estado nutricional deficiente para o tipo de indicador utilizado.

O peso por idade é uma medida tanto da mal nutrição aguda como da crónica. As crianças cujo peso por idade é superior a dois desvios-padrão abaixo da mediana da população de referência são consideradas como *sofrendo de insuficiência ponderal moderada ou severa*, enquanto que aquelas cujo peso por idade é superior a três desvios-padrão abaixo da mediana são consideradas como *sofrendo de insuficiência ponderal severa*.

O tamanho por idade é uma medida de crescimento linear. As crianças cujo tamanho por idade é superior a dois desvios-padrão abaixo da mediana da população de referência são consideradas como baixas para a sua idade e consideradas como sofrendo dum atraso de crescimento moderado ou severo. Aquelas cujo tamanho por idade é superior a três desvios-padrão abaixo da mediana são consideradas como sofrendo de atraso de crescimento severo. O atraso de crescimento reflecte a mal nutrição crónica devido à insuficiência de alimentação durante um longo período e às doenças recorrentes ou crónicas.

Enfim, as crianças cujo peso tamanho é superior a dois desvios-padrão abaixo da mediana da população de referência são consideradas como *emaciados de forma moderada ou severa*, enquanto que aqueles que têm mais de três desvios-padrão abaixo da mediana são considerados como emaciados de forma severa. Este indicador pode apresentar variações importantes de acordo com as estações inerentes à evolução da disponibilidade de comida ou à prevalência de doenças.

No Quadro 15, as crianças que não foram pesadas e medidas (menos de um por cento das crianças) e aqueles cujas medidas se situam fora da grelha plausível são excluídos. Além disso, um número ilimitado de crianças cujas datas de nascimento não são conhecidas não são tomadas em conta.

Quase 13 por cento de crianças com menos de cinco anos em São Tomé e Príncipe sofrem de insuficiência ponderal e 2 por cento são consideradas como sofrendo de insuficiência severa (Quadro 15). Cerca de 29 por cento das crianças sofrem de atraso de crescimento ou são muito baixas para a sua idade e 4 por cento são emaciadas ou muito magras para o seu tamanho. Em São Tomé e Príncipe, os níveis actuais de subnutrição crónica (atraso de crescimento) e de subnutrição global (insuficiência ponderal) no seio das crianças de menos de cinco anos são respectivamente treze e seis vezes mais elevados do que a norma.

Duma maneira geral, as crianças no Norte e no Centro têm mais hipóteses de sofrer de mal nutrição qualquer que seja o tipo – insuficiência ponderal, de atraso de crescimento ou de emaciação – que as outras crianças. Aquelas cujas mães têm uma educação secundária ou superior têm menos possibilidade de sofrer de insuficiência ponderal ou de atraso de crescimento em relação àquelas cujas mães têm um grau de instrução inferior. Os rapazes parecem um pouco mais expostos ao risco de sofrer de insuficiência ponderal, de atraso de crescimento e de emaciação do que as raparigas. A estrutura de idade indica que, segundo todos os três índices, uma percentagem muito elevada de crianças com idade compreendida entre os 12 e os 23 meses são mal nutridas em relação às crianças mais jovens e mais velhas, situação que é normal e que se explica pela idade em que muitas crianças deixam de ser amamentadas e passam a ser expostas à contaminação através da água, dos alimentos e do ambiente (Figura 4).

Aleitamento materno

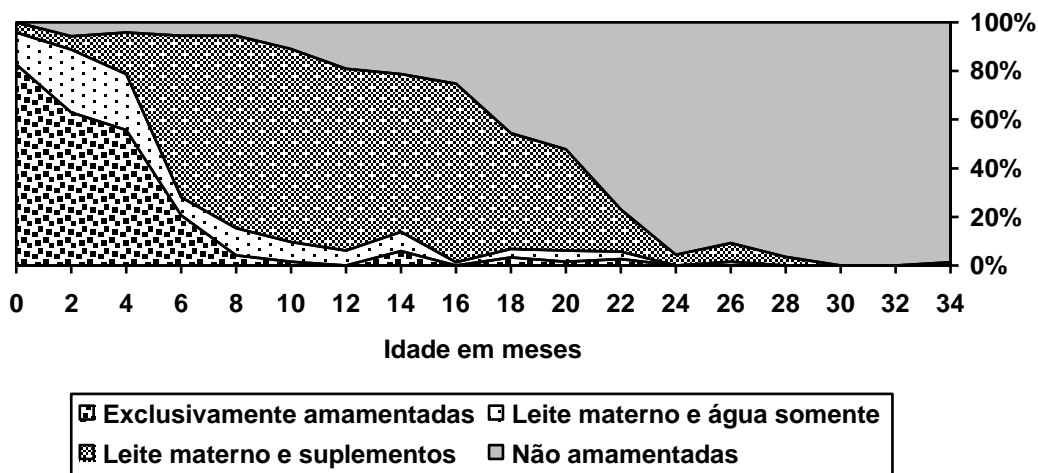
O aleitamento ao seio ao longo dos primeiros anos da vida das crianças protege as crianças contra a infecção, constitui uma fonte ideal de alimentos nutritivos, é económico e seguro. Todavia, muitas mães cessam de amamentar muito cedo e existe muitas vezes pressões para a passagem à comida para bebés, o que pode perturbar o crescimento e contribuir para a mal nutrição em termos de sais minerais e não constitui um método seguro se o acesso à água potável não é fácil. A finalidade da Cimeira Mundial para as crianças estipula que as crianças devem ser exclusivamente amamentadas durante os quatro a seis meses e que o aleitamento deverá ser prosseguido com alimentos durante a maior parte do segundo ano de vida. Muitos países adoptaram a recomendação de aleitamento exclusivo ao seio por cerca de seis meses.

No Quadro 16, vê-se que o estatuto de aleitamento repousa sobre as relações das mulheres no que diz respeito àquilo que as crianças consomem ao longo das 24 horas precedentes à sondagem. Por *aleitamento exclusivo* entende-se as crianças que não recebem senão o leite materno e as vitaminas, os suplementos minerais e os medicamentos. Por *aleitamento complementar* entende-se as crianças que recebem o leite materno e alimentos sólidos e semi-sólidos. As duas últimas colunas compreendem as crianças que continuam a ser amamentadas com um e dos anos. As percentagens segundo a região e a educação da mãe não são indicadas por causa da dimensão limitada da amostra. Pela mesma razão a ventilação por sexo e por local de residência para zonas urbanas-rurais deveria ser interpretada com prudência.

Cerca de 64 por cento de crianças com menos de quatro meses são exclusivamente amamentadas. Embora muito encorajante, este número é ainda inferior às normas recomendadas. Aos 6-9 meses, um pouco mais do que metade das crianças (53 por cento) recebe leite materno e alimentos sólidos e não semi-sólidos. Quer dizer, mesmo se a alimentação mista é introduzida na criança um pouco cedo, antes do quarto mês, ela não diz respeito senão à metade das crianças a partir do sexto mês de vida. Aos 12-15 meses, a grande maioria (84 por cento) das crianças continuam a ser amamentadas recebendo simultaneamente alimentos de complemento, enquanto que aos 20-23 meses 42 por cento ainda o são.

A Figura 4 apresenta a situação pormenorizada do estatuto de aleitamento por idade da criança em termos de meses. Nas idades mais precoces relativamente poucas crianças recebem líquidos ou outros alimentos diferentes do leite materno. A percentagem de crianças exclusivamente amamentadas diminui progressivamente para se aproximar de zero depois dos onze meses. No fim do primeiro ano, a maioria (84 por cento) das crianças são ainda amamentadas.

Figura 4: Distribuição percentual das crianças vivas segundo o estatuto de aleitamento, São Tomé e Príncipe, 2000



Iodização do sal

A carência de iodo na alimentação constitui no mundo a causa mais importante de atraso mental susceptível de ser evitada e pode reduzir o coeficiente intelectual (QI) médio duma população em proporções que podem atingir treze pontos. A iodoização do sal constitui um meio eficaz e de baixo custo para evitar as perturbações ligadas à carência do iodo. (TCI) O sal iodizado de forma adequada contém 15 ppm (partes por milhão) de iodo ou mais. No quadro do MICS, os agentes inquiridores testaram o sal das casas para os níveis de iodo graças a um Kit de teste.

Para a prevenção do bócio endémico, em grande parte devida à carência de iodo, o governo promulgou uma legislação, elaborada com assistência do UNICEF exigindo que todo o sal produzido, importado ou vendido no país seja iodizado. Mecanismos estabelecidos ao nível dos serviços aduaneiros deviam permitir verificar se o sal importado preenche todas as exigências da lei. Todavia, se o sal que geralmente entra no país é iodizado, parece que o conteúdo em iodo não é suficientemente elevado para compensar o nível de carência no seio da população de São Tomé e Príncipe.

Cerca de 86 por cento dos agregados familiares tinham sal que foi testado durante o MICS (Quadro 17). Dentre os agregados familiares onde o sal foi testado, 41 por cento dispunham dum sal iodizado de forma adequada. A percentagem de casas dispostas de sal iodizado de forma adequada oscila entre 10 por cento no Príncipe e 44 por cento na região Centro. Havia relativamente tantos agregados familiares do meio urbano como do meio rural dispostos de sal iodizado de forma adequada (40 e 41 por cento respectivamente).

Suplementação em vitamina A

A carência de vitamina A (CVA) enfraquece o sistema imunitário das crianças, aumenta as possibilidades de morrerem de doenças comuns na infância e mina a saúde da mulher grávida e que amamenta. Pode igualmente provocar danos nos olhos, e cegueira nas crianças. Todavia ela pode ser evitada facilmente pela suplementação em vitamina ou fortificação dos alimentos. A UNICEF e OMS recomendam que todos os países cujas taxas de mortalidade de crianças de menos de cinco anos ultrapassem 70 por 1000 nados vivos e nos quais a carência em vitamina A constitui um problema de saúde pública implementem um programa de luta contra a carência de vitamina A. Conforme as directivas da UNICEF/OMS, o Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe recomenda que as crianças com idade de 6 a 12 meses recebam uma cápsula duma dose de vitamina A de 100 000 UI de seis em seis meses, e que as crianças com mais de um ano recebam uma dose reforçada de 200 000 de UI de seis em seis meses.

Ao longo de seis meses precedentes ao MICS, somente 3 por cento das crianças de 6 a 59 meses receberam uma dose elevada de suplementação em vitamina A (Quadro 18). Menos de um por cento não receberam suplementação ao longo dos últimos seis meses mas haviam recebido uma antes desse período. Um por cento das crianças tinham recebido uma suplementação em vitamina A num ou noutro momento no passado mas as suas mães/pessoas responsáveis não puderam precisar quando. Não existe no país um programa de distribuição sistemática de suplementos em vitamina A.

Baixo peso à nascença

Os bebés que pesam menos de 2500 gramas (2,5 kgs) à nascença são considerados bebés cujo peso é baixo à nascença. Sabendo-se que muitos bebés não são pesados à nascença e que os que são pesados podem constituir uma amostra artificial de todos os nascimentos, o peso à nascença notificado não pode ser utilizado para avaliar a prevalência do baixo peso à nascença para todas as crianças. Consequentemente, a percentagem de nascimentos cujo peso é inferior a 2500 gramas é calculado a partir de dois elementos do questionário: a avaliação do **tamanho** da criança à nascença, feita pela mãe (quer dizer, muito pequeno, mais pequeno que a média, médio, maior que a média, muito gordo) e a lembrança do **peso** pela mãe da criança ou o peso registado numa ficha de saúde se a criança tiver sido pesada à nascença. Setenta e quatro por cento de bebés tinham sido pesados à nascença no âmbito do MICS de São Tomé e Príncipe.

Primeiro, os dois elementos foram tabulados para as crianças que haviam sido pesadas à nascença a fim de obter a proporção dos nascimentos em cada categoria do **tamanho** que pesavam menos do que 2500 gramas. Esta proporção é em seguida multiplicada pelo número total de crianças pertencendo à categoria de tamanho para obter o número estimado de crianças em cada categoria de tamanho que tivesse um baixo peso à nascença. Os números para cada categoria de tamanho são resumidos a fim de obter o número total de crianças tendo um baixo peso à nascença. Este valor é dividido pelo número total de nados-vivos a fim de obter a percentagem de baixo peso à nascença.

Em São Tomé e Príncipe, 18 por cento dos bebés teriam um peso à nascença inferior a 2500 gramas (Quadro 20). Esta percentagem é duas vezes superior à média para a América Latina e região das Caraíbas (9 por cento) (UNICEF, 2000). Além disso, foi demonstrado que as crianças hipotróficas correm três vezes mais o risco de morrer durante a primeira infância, porque muitas vezes a insuficiência ponderal é cumulada com uma mal nutrição severa durante os primeiros meses de vida, tornando a criança mais vulnerável às doenças infecciosas.

E. Saúde infantil

Cobertura vacinal

Segunda as directivas da UNICEF e da OMS, uma criança deveria receber a vacina da BCG a fim de a proteger contra a tuberculose, três doses da DPT para a proteger contra a difteria, tosse convulsa e tétano, três doses de vacina contra a pólio e uma vacina contra o sarampo aos 12 meses. No quadro do MICS as mães foram convidadas a produzir cadernetas de vacinação para crianças de idade inferior a cinco anos. Os agentes inquiridores recopiaram as informações das cadernetas relativas à vacinação para o questionário do MICS. As mães foram igualmente sondadas a fim de tomarem nota de todas as vacinas tomadas pelas crianças que não figurassem na caderneta. Duma maneira geral, 84 por cento das crianças tinham cadernetas de saúde. Se a criança não tivesse caderneta, lia-se para a mãe uma breve descrição de cada vacina e pedia-se-lhe que se lembrasse se a criança a tinha tomado ou não, para a DPT e a pólio, e quantas vezes.

O Quadro 21 apresenta a percentagem de crianças de 12 a 23 meses que receberam cada uma das vacinas. Nesse quadro, as crianças de 12 a 23 meses constituem o denominador, de forma que só as crianças têm idade suficiente para estarem inteiramente vacinadas são tomadas em conta. Na parte superior, o agente inquiridor junta todas as crianças que foram vacinadas num momento ou noutro antes do inquérito, segundo o a caderneta de vacinação ou o relato feito pela mãe. Na parte inferior, só as que dispõem de caderneta com a data completa de vacinação e que foram vacinadas antes do seu primeiro aniversário são tomadas em consideração.

Quase cem por cento das crianças de 12 a 23 meses receberam uma vacina de BCG na idade de 12 meses e a primeira dose de DPT foi administrada a 97 por cento. A percentagem baixa pouco ou nada para as doses seguintes da DPT, elevando-se somente a 97 por cento para a Segunda dose e para 94 por cento para a terceira dose (Figura 5). Da mesma forma, 99 por cento das crianças receberam a polio 1 na idade de 12 meses e esta percentagem baixa pouco para se estabelecer em 92 para a terceira dose. A cobertura para a vacina contra o sarampo na idade de 12 meses é inferior à das outras vacinas, seja 89 por cento. Consequentemente, a percentagem das crianças que receberam todas as oito vacinas no momento do seu primeiro ano de vida é bastante elevado, atingindo 81 por cento.

Figura 5: Percentagem das crianças com a idade de 12 a 23 meses tendo a data completa de vacinação sobre a sua caderneta, que foram vacinadas na idade de 12 meses, São Tomé e Príncipe, 2000



No Quadro 22, a percentagem das crianças com a idade de 12 a 23 meses vacinadas actualmente contra as doenças da infância é apresentada segundo as características do contexto. Diferentemente do quadro precedente, as estimativas deste quadro dizem respeito às crianças que estavam vacinadas no momento do inquérito, mesmo se não foram vacinadas antes da idade de 12 meses.

No conjunto, a taxa de vacinação das raparigas é ligeiramente mais elevada que a dos rapazes. Também as crianças nas zonas rurais têm mais possibilidades de serem vacinados do que as crianças das zonas urbanas. A distribuição por região repousa sobre números bastante limitados de casos não permitindo fazer comparações da taxa de cobertura vacinal. Quanto às diferenças do nível de instrução da mãe em matéria de cobertura vacinal, aqui, elas não parecem significativas.

Diarreia

As doenças diarreicas agudas constituem, com o paludismo e as doenças respiratórias agudas, analisadas mais adiante nesse relatório, as principais causas de morbidade e de mortalidade em

São Tomé e Príncipe, nomeadamente na infância. A desidratação devida à diarreia constitui pois, uma causa importante de mortalidade nas crianças desse país. O tratamento da diarreia em casa – com a ajuda seja de soros de rehidratação oral (SRO) seja de líquidos recomendados preparados em casa – permite evitar numerosas mortes. A prevenção da desidratação e da mal nutrição, graças ao aumento da absorção de líquidos e ao seguimento da alimentação da criança, constitui igualmente uma estratégia importante do tratamento da diarreia.

No questionário do MICS, as mães (ou pessoas responsáveis) foram convidadas a indicar se a sua criança teve diarreia ao longo das duas últimas semanas antes do inquérito. Nesta caso, a mãe foi convidada a responder a uma série de questões respeitantes aos líquidos e à alimentação dados à criança durante o episódio e a dizer se se tratava daquilo que a criança costumava comer e beber. Duma maneira geral, 18 por cento das crianças com menos de cinco anos tinham tido diarreia ao longo das duas semanas anteriores ao inquérito (Quadro 23). A prevalência da diarreia era um pouco superior no sul, com 23 por cento, em relação às outras regiões. A ponta de prevalência da diarreia aparece ao longo do período do desmame nas crianças com a idade compreendida entre os 6 e os 23 meses.

O Quadro 23 apresenta igualmente a percentagem de crianças que recebem os diferentes tipos de líquidos recomendados durante o período da diarreia. Sendo dado que as mães puderam citar mais do que um tipo de líquido, o total das percentagens, o total das percentagens não é necessariamente igual a 100. Quarenta e dois por cento das crianças receberam leite materno durante a diarreia. As crianças com menos de 12 meses têm particularmente mais possibilidade de ter recebido leite materno. Cerca de dezassete por cento das crianças receberam papas de cereais e 31 por cento soros orais. Mais de metade (54 por cento) das crianças receberam água com os alimentos durante a diarreia, enquanto que 22 por cento receberam leite ou outra fórmula infantil durante esse episódio. As crianças de mães tendo uma educação secundária parecem ter menos hipóteses de receber um SRO e leite materno, mas têm mais hipóteses de receber papas. Pelo menos oito crianças em dez tendo diarreia receberam um ou vários tratamentos recomendados em casa (quer dizer, que foram tratados com SRO ou líquidos recomendados feitos em casa).

Trinta e nove por cento das crianças com menos de cinco anos tendo diarreia beberam mais do que de costume enquanto que quase metade beberam a mesma quantidade ou menos (Quadro 24). Cerca de 69 por cento comeram um pouco menos, a mesma quantidade ou mais do que o habitual enquanto que 28 por cento tinham bebido muito menos do que o habitual ou não tinham comida nada. Duma maneira geral, apenas uma criança em quatro tendo diarreia tinham consumido mais líquidos e tinham continuado a comer, tal como recomendado.

Infecções respiratórias agudas

As infecções respiratórias agudas (IRA) das vias inferiores, em particular a pneumonia, constituem uma das principais causas de morte nas crianças de São Tomé e Príncipe. No questionário do MICS as crianças tendo uma infecção respiratória aguda são consideradas como as que tiveram uma doença com uma tosse acompanhada numa respiração rápida ou difícil e cujos sintomas eram devidos a um problema ao nível do peito ou simultaneamente a um problema ao nível do peito e à obstrução nasal e cuja mãe não conhecia a causa do problema. Apenas 5 por cento das crianças com menos de cinco anos tinham uma infecção respiratória aguda ao longo das duas semanas anteriores ao inquérito segundo os critérios (Quadro 25). Dentre estas, 17 por cento tinham sido levadas ao hospital para tratamento, 14 por cento tinham sido levadas a um centro de saúde, e 8 por cento tinham sido conduzidas a um posto ou dispensário. Seis por cento tinham sido levadas para uma clínica para tratamento e 12 por cento tinham sido levadas para um ou outro tipo de prestador de cuidados de saúde. Duma maneira geral, 47 por cento das crianças tendo IRA tinham sido conduzidas para um prestador apropriado (quer dizer, ao hospital, ao centro de saúde, ao centro PMI, ao posto de saúde, ao

dispensário, a um agente de saúde comunitária, à clínica, ao pessoal de equipa móvel, a um médico privado).

Iniciativa da PCIME

A tratamento integrado das doenças da infância (PCIME) é um programa que foi elaborado pelo UNICEF e pela OMS e que combina as estratégias de luta e tratamento das cinco principais causas de morte das crianças – as infecções agudas da via respiratória inferior, a desidratação devida à diarreia, o paludismo e a mal nutrição. O programa põe a tónica na melhoria das competências de cuidados dos casos pelos agentes de saúde, a melhoria do sistema de saúde e a melhoria das práticas familiares e comunitárias para a prevenção e o tratamento precoce das doenças da infância. O tratamento adequado da doença em casa é uma componente da PCIME. Esta abordagem ensina às mães que o tratamento apropriado da diarreia em casa ou de outra qualquer doença necessita que se dê mais líquidos e que se continue a alimentar normalmente as crianças doentes.

O Quadro 26 apresenta informações sobre o comportamento das crianças doentes, de menos de cinco anos, face aos líquidos e à alimentação. Cerca de 41 por cento das crianças teriam tido diarreia ou outras doenças ao longo das duas semanas precedentes ao inquérito. Entre estes, 39 por cento tinham bebido mais líquido durante a doença e 62 por cento tinham continuado a comer (quer dizer que elas comiam menos, a mesma quantidade ou mais). Duma maneira geral, só 22 por cento das crianças receberam mais líquidos e tinham continuado a comer conforme as recomendações do programa do PCIME.

A promoção dos conhecimentos ao nível das pessoas a cargo no que diz respeito ao momento apropriado para procurar os cuidados para as crianças doentes constitui uma outra vertente essencial do programa do PCIME. No MICS de São Tomé e Príncipe, as mães ou as pessoas responsáveis pelas crianças foram convidadas a citar todos os sintomas que os poderiam conduzir a levar imediatamente uma criança para um estabelecimento de saúde. A resposta mais corrente, dada por 59 por cento de mães, era que elas levariam a criança para um estabelecimento de saúde se ela tivesse febre (Quadro 27). Quarenta e três por cento declararam que se o estado da criança se agravasse, elas levá-las-iam imediatamente para um estabelecimento de saúde, enquanto que 6 a 7 por cento mencionaram a respiração rápida, a incapacidade de beber ou mamar como deve ser, a dificuldade respiratória e sangue nas fezes.

Dentre as regiões, as mães do Príncipe e numa menor proporção as do Centro, têm mais hipóteses do que as mães das outras regiões de conhecer os sinais que implicam a procura imediata dos cuidados. Dum modo geral, um pouco mais do que metade (51 por cento) das mães do Príncipe conhecem ao menos dos sinais da procura dos cuidados, contra 23 por cento na região do Centro, 12 por cento na região do Norte e 8 por cento na região do Sul. Em relação. As mães urbanas tinham mais hipóteses de mencionar pelo menos dois sinais de procura de cuidados em relação as mães dos meios rurais. No entanto, as diferenças em relação ao nível de instrução são mínimas.

Paludismo

O paludismo é hiperendémico em todo o território de São Tomé e Príncipe e constitui um dos problemas mais sérios de saúde pública, aos quais o país deve fazer face. Ele é a principal causa de mortalidade, nomeadamente entre as crianças de menos de cinco anos. Ele provoca igualmente a anemia entre as crianças e representa uma importante causa de absentismo nas escolas. As medidas de prevenção, em particular a utilização de mosquiteiros impregnados de insecticida permitem reduzir de maneira apreciáveis taxas de mortalidade por paludismo no seio das crianças. Nas zonas em que o paludismo se expandiu as recomendações internacionais sugerem o tratamento de qualquer febre nas crianças tal como se tratasse de paludismo e dar imediatamente à criança um tratamento completo de comprimidos anti-palúdicos recomendados.

As crianças com sintomas de paludismo severo tais como febre e convulsões deveriam ser levadas para um estabelecimento de saúde. Da mesma forma, as crianças convalescentes de paludismo deveriam receber líquidos e alimentos suplementares e deveriam continuar a ser aleitadas.

O questionário do MICS compreende questões respeitantes à utilização de mosquiteiros entre as crianças. Quarenta e três por cento das crianças com menos de cinco anos dormiam sob um mosquiteiro na noite anterior ao inquérito (Quadro 28). Esta percentagem baixa com a idade. Só 45 por cento são crianças com idade inferior a 6 meses dormiam debaixo dum mosquiteiro, contra 47 por cento de crianças com a idade de 12 a 13 meses e 36 por cento das crianças com 48 a 59 meses. Duma maneira geral, mais do que metade (53 por cento) desses mosquiteiros utilizados são impregnados de insecticida.

As questões dizendo respeito à prevalência e ao tratamento da febre foram postas em relação a todas as crianças com menos de cinco anos. Vinte e nove por cento das crianças com menos de cinco anos tinham febre ao longo das duas semanas anteriores ao MICS (Quadro 29). A prevalência da febre diz respeito a 35 por cento de todas as crianças com a idade de 6 a 23 meses, depois baixa ligeiramente para se fixar em cerca de 30 por cento das crianças com a idade de 24 a 47 meses, e 48 a 59 meses. As diferenças de prevalência da febre na criança segundo o nível de instrução da mãe não são significativas. As disparidades regionais não são também importantes, oscilando entre 25 e 38 por cento para as quatro regiões.

Foi pedido às mães para mencionarem todos os medicamentos administrados à criança durante a doença, tanto os medicamentos aplicados em casa como os dados ou prescritos por um estabelecimento de saúde. Cerca de 76 por cento das crianças tinham tomado Paracetamol e 61 por cento tinham tomado Cloroquina enquanto que menos de um por cento tinham tomado Fansidar. Dum modo geral, 61 por cento das crianças febris tinham tomado um anti-palúdico apropriado (Cloroquina, Fansidar, Halfan ou Quinino). Praticamente não se observam diferenças de tratamento adequado em caso de febre segundo a região ou lugar de residência nem segundo o nível de instrução da mãe.

F. VIH/SIDA

Conhecimento do Sida

Uma das estratégias mais importantes da redução da taxa de infecção do VIH/Sida respeita à promoção de conhecimentos precisos sobre as formas de transmissão do Sida e dos meios de prevenir a sua transmissão. Dentre as mulheres de 15 a 49 anos em São Tomé e Príncipe, 95 por cento tinham ouvido falar de Sida (Quadro 30). Esta percentagem é muito elevada nas zonas urbanas (97 por cento) e é ligeiramente inferior nas zonas rurais (49 por cento), sendo de 93 por cento entre as jovens raparigas adolescentes de 15 a 19 anos.

Várias declarações sobre as formas de transmissão do VIH/Sida foram lidas às mulheres no quadro do MICS e elas foram convidadas a dizer se elas pensavam que essas declarações eram verdadeiras. Para todas as mulheres com a idade de 15 a 49 anos, trinta e um por cento pensam que a utilização dum preservativo todas as vezes que se tem relações sexuais permite prevenir a transmissão do VIH e uma mulher em quatro pensa que o facto de ter apenas um parceiro fiel não infectado o permite igualmente. Duma maneira geral, somente 19 por cento conhecem os dois modos e 37 por cento conhece ao menos uma das formas de prevenção da transmissão. No que diz respeito aos adolescentes de 15 a 19 anos, uma em cada três mulheres pensa que a utilização do preservativo cada vez que se tem relações sexuais permite a prevenção da transmissão do VIH enquanto que uma mulher em quatro pensa que é o facto de se ter um só parceiro sexual fiel que não seja infectado e uma mulher em cinco pensa que o absentismo sexual permite prevenir a transmissão do VIH. No total, somente 11 por cento dos adolescentes

com a idade de 15 a 19 anos conhecem as três formas 41 por cento conhece uma das formas de prevenção da transmissão do HIV.

Os conhecimentos exactos sobre as formas de transmissão do VIH/Sida são claramente menos expandidos entre as mulheres das regiões Sul e Norte em relação às outras mulheres. De igual modo, a instrução constitui um factor muito importante no que respeita aos conhecimentos sobre o Sida. A percentagem que conhece os dois métodos de prevenção da transmissão é quase três vezes mais elevada entre as mulheres que fizeram estudos secundários ou superiores em relação às mulheres que não têm qualquer instrução. As diferenças entre grupos de idade não são particularmente importantes; a percentagem das mulheres que conhecem os dois métodos oscila entre 14 por cento nas mulheres com a idade de 40 a 44 anos e 20 por cento entre as mulheres com a idade de 15 a 19 anos.

Quarenta e quatro por cento das mulheres indicaram correctamente que o Sida não pode ser transmitido por formas sobrenaturais, enquanto que 33 por cento afirmaram que o Sida não pode ser transmitido por picadas de mosquitos (Quadro 31). Mais de seis mulheres em dez pensam, com razão, que uma pessoa que parece de boa saúde pode estar infectada. No Norte e no Sul, as mulheres têm mais hipóteses de acreditar em concepções erróneas sobre a transmissão do Sida em relação às outras mulheres. As mulheres na região do Centro têm mais hipóteses de reconhecer as três concepções erróneas. Em contrapartida, apenas um quarto dessas mulheres identificou correctamente as três concepções erróneas sobre o VIH/Sida em relação às mulheres do meio rural.

Cinquenta e cinco por cento das mulheres em São Tomé e Príncipe sabem que o Sida pode ser transmitido da mãe para o filho. Interrogadas muito particularmente sobre os mecanismos através dos quais se efectua a transmissão da mãe para o filho, 53 por cento declararam que é possível a transmissão durante a gravidez, 45 por cento afirmaram que a transmissão no momento do parto é possível, e apenas 38 por cento admitiram que o Sida pode ser transmitido através do leite materno. Um pouco menos de uma mulher em três (32 por cento) conhece as três formas de transmissão, percentagem que não muda muito segundo o nível de instrução.

O inquérito do MICS prendeu-se igualmente a estudar as atitudes discriminatórias em relação às pessoas com VIH/Sida. Para o efeito, perguntou-se aos respondentes se eles estavam de acordo com as duas questões que lhes tinham sido postas. A primeira perguntava se um professor que tem o vírus do Sida, mas que não está doente deve ser autorizado a continuar a ensinar. A Segunda questão perguntava se o respondente compraria alimentação a alguém de uma loja ou a um vendedor de alimentos que, na opinião do respondente, está infectado pelo Sida. Os resultados estão apresentados no Quadro 33.

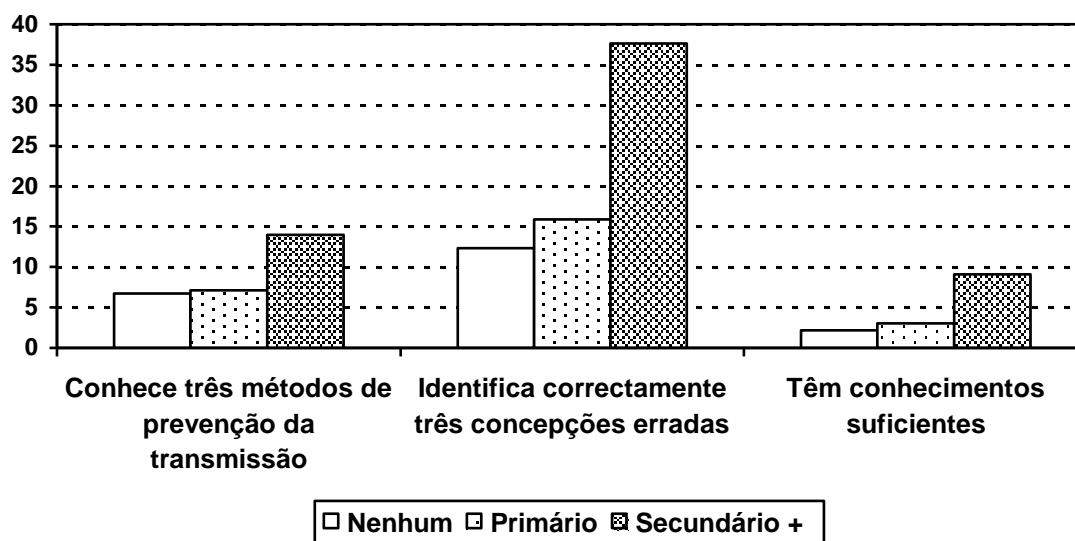
Menos de metade (45 por cento) dos respondentes pensam que um professor que tem VIH/Sida não devia ser autorizado a trabalhar. Na região do Centro, com 49 por cento, esta percentagem é a mais elevada, registando-se a mais fraca no Norte, com 31 por cento. As mulheres nas zonas urbanas e as que possuem uma educação secundária ou superior têm mais hipóteses de se pronunciarem sobre essa atitude discriminatória em relação às das zonas rurais e em relação às que só têm instrução primária ou não têm instrução. Trinta e sete por cento das mulheres não comprariam alimento a alguém infectado pelo Sida. Em relação à primeira questão é interessante notar que existem diferenças entre as regiões. Com 41 por cento as mulheres no Norte têm mais hipóteses de se pronunciarem sobre uma atitude discriminatória respeitante a essa questão. A seguir vêm as da região Centro, com 37 por cento, Duma maneira geral, 65 por cento das mulheres aceitam pelo menos uma das afirmações uma das afirmações discriminatórias.

O Quadro 34 resume as informações tiradas dos quadros precedentes respeitantes ao conhecimento do Sida (Quadros 30 e 31). A Segunda coluna apresenta a percentagem das mulheres que conhecem os três métodos de prevenção da transmissão do VIH – Ter um parceiro não infectado, a utilização dum preservativo para cada relação sexual e a abstinência sexual.

Somente dez por cento das mulheres conhecem todos os três métodos. A terceira coluna do quadro apresenta a percentagem de mulheres que identificaram correctamente as três concepções erróneas respeitantes à transmissão do VIH/Sida, a saber: que o VIH/Sida é transmitido por meios sobrenaturais, que ele pode ser transmitido por picadas de mosquitos, e que uma pessoa que parece de boa saúde não pode estar infectada. Vinte e cinco por cento de mulheres identificaram correctamente essas concepções erradas. Enfim, a quarta coluna do quadro representa a percentagem de mulheres que têm conhecimentos suficientes sobre a transmissão do VIH/Sida. Trata-se de mulheres que conhecem os três métodos de prevenção da transmissão e que identificaram correctamente todas as concepções erradas. Apenas 6 por cento de mulheres de 15 a 49 anos pertencem a esta categoria.

Os conhecimentos a respeito a transmissão do VIH/Sida varia consideravelmente segundo o nível de instrução (Figura 6). As mulheres que fizeram estudos secundários ou superiores têm duas vezes mais chances de conhecer os três métodos de prevenção da transmissão em relação às mulheres que não têm qualquer instrução. Elas têm igualmente três vezes mais possibilidades de identificar correctamente todas as concepções erradas respeitantes ao Sida e quatro vezes de possibilidades de ter conhecimentos suficientes sobre a transmissão do VIH/Sida.

Figura 6: Percentagem de mulheres com a idade de 15 a 49 anos que têm conhecimentos suficientes sobre a transmissão do VIH/Sida, por nível de instrução, São Tomé e Príncipe, 2000



Teste do Sida

A despistagem voluntária do Sida, acompanhada de aconselhamento permite às pessoas infectadas procurar os cuidados de saúde e procurar infectar as outras. A despistagem é particularmente importante para as mulheres grávidas que podem assim tomar medidas para evitar infectar os seus bebés. Os indicadores apresentados no Quadro 35 visam assegurar o seguimento para assegurar se as mulheres conhecem os lugares onde elas podem efectuar o teste do VIH/Sida, em que medida efectuaram o teste e em que medida as que efectuaram o teste receberam o resultado do seu teste. Em certos sítios, uma proporção relativamente importante de pessoas que fazem os testes não vão buscar os resultados dos mesmos por medo de Ter a doença, por medo que a sua vida privada seja violada ou por outras razões.

Apenas um quarto (24 por cento) de mulheres em idade de procriar em São Tomé e Príncipe conhecem um lugar onde podem efectuar a despistagem do Sida. As mulheres que vivem na

região Centro têm mais possibilidade de conhecer um lugar, depois vêm as do Príncipe, do Norte e do Sul, respectivamente. Apenas 12 por cento das mulheres que não receberam qualquer instrução conhecem um lugar onde se pode efectuar o teste, contra 16 por cento das mulheres com uma educação primária e 37 por cento das mulheres que tenham feito estudos secundários e superiores.

Cerca de 6 por cento de mulheres efectuaram o teste de Sida. Uma vez mais, esta percentagem é a mais elevada na região do Centro, com 6 por cento, e a mais fraca no sul e no Príncipe, com 4 por cento, sendo de cerca de 5 por cento no Norte. A maioria das mulheres que efectuaram o teste receberam o resultado (54 por cento). Existem, todavia, disparidade nomeadamente entre regiões e o meio de residência. Entre as regiões, as mulheres do Príncipe têm menos hipóteses de receber o seu resultado. Em relação às mulheres do meio rural, as mulheres urbanas têm mais possibilidades de conhecer um lugar onde se pode efectuar a despistagem do Sida, de ser submetidas ao teste e de receber o resultado do teste. As mulheres adolescentes (15 a 19 anos) têm não somente menos hipóteses em relação a todos os grupos de idade, de fazerem o teste, mas também menos hipóteses de saberem o seu resultado, imediatamente a seguir às de 40-44 anos. Enfim, as mulheres que não receberam qualquer instrução têm menos hipótese do que as mulheres mais instruídas de fazerem o teste e, provavelmente, menos hipóteses de receber o resultado do seu teste.

G. Saúde reprodutiva

Contraceção

A utilização da contracepção actualmente foi mencionada por 29 por cento das mulheres casadas ou vivendo numa união (Quadro 36). O método mais expandido é a pílula que é usada por uma mulher casada em seis em São Tomé e Príncipe. O método seguinte mais popular é a injecção que representa 9 por cento de mulheres casadas ou em união. Um pouco mais de um por cento de mulheres utilizaria o DIU. Menos de um por cento utiliza os preservativos, a abstinência periódica, o coito interrompido, a esterilização feminina, a esterilização masculina, os métodos vaginais ou o método da amenorreia lactacional (MAL).

A prevalência da contracepção é mais elevada na região do Príncipe, com 52 por cento enquanto que em todas as outras regiões apenas cerca de uma mulher casada em quatro utiliza um método contraceptivo com uma prevalência que varia entre 22 por cento no Sul e 27 por cento no Centro. Os adolescentes têm menos hipóteses de utilizar a contracepção do que as mulheres mais velhas. Apenas 20 por cento das mulheres casadas ou a viver em união com idade de 15 a 19 anos utilizam, actualmente, um método contraceptivo, contra 28 por cento de mulheres com a idade de 20 a 24 anos e 31 por cento de mulheres mais velhas.

Existe uma correlação entre o nível de instrução das mulheres e a utilização de contraceptivos. A percentagem de mulheres que utilizam um método contraceptivo aumenta, passando de 24 por cento entre as que não têm instrução, a 30 por cento para as que têm uma educação primária e para 32 por cento para as que tenham feito estudos secundários ou superiores. Para além das diferenças de prevalência, a combinação dos métodos varia segundo o nível de instrução. Respectivamente 44 e 59 por cento das mulheres que utilizam contraceptivos e que não têm qualquer instrução e que não têm senão o nível primário utilizam a pílula e 44 e 30 por cento utilização injecções. Em compensação, 61 por cento das utilizadoras dos contraceptivos que têm o nível secundário e mais utilizam a pílula e 22 por cento utilizam as injecções.

Cuidados pré-natais

As consultas pré-natais de qualidade podem contribuir para prevenir a mortalidade materna pela prevenção e tratamento das complicações potenciais e dos factores de risco, nomeadamente a

pré-eclâmpsia, a anemia e as doenças sexualmente transmissíveis. As consultas pré-natais constituem igualmente oportunidades para as mulheres conhecerem os sinais de perigo da gravidez e do parto, para serem vacinadas contra o tétano, para aprenderem os cuidados a prestar ao bebé e de serem tratadas contra as afecções existentes, nomeadamente o paludismo e a anemia.

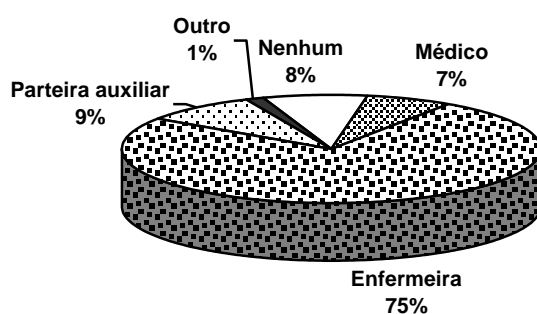
As injeções de soro tetânico são administradas às mulheres durante a gravidez para proteger os bebés contra o tétano neo-natal que constitui uma causa importante de mortalidade infantil essencialmente devida às condições não higiénicas durante o parto. Duas doses de soro tetânico durante a gravidez asseguram uma protecção completa. No entanto, se uma mulher foi vacinada durante a gravidez precedente, pode ser que ela não tenha necessidade senão dum reforço para lhe assegurar a protecção completa. Cinco doses assegurariam uma protecção para toda a vida.

Tal como já foi assinalado no capítulo III, os dados relativos ao módulo sobre a anatoxina tetânica não podem ser objecto duma análise diferencial. Mesmo consideradas ao nível nacional, as estimativas deveriam ser interpretadas com prudência, tendo em conta o número muito limitado de casos. Com efeito, na sequência de alguns erros de operacionalização, esse módulo como aliás aquele sobre a saúde materna e do recém-nascido teria sido amputado em média de onze doze avos do número de casos possíveis (ver capítulo III). Desde então, em qualquer das hipóteses, quase duas mulheres em três (64 por cento exactamente) tendo dado à luz recentemente em São Tomé e Príncipe são protegidas contra o tétano neo-natal (Quadro 37).

Os respondentes, que tinham dado à luz ao longo do ano precedente do MICS de São Tomé e Príncipe, foram interrogadas para se saber se elas tinham recebido cuidados pré-natais para o parto, e sendo o caso, que tipo de pessoa que o haviam prestado. Se a mulher conhecesse mais de um tipo de prestadores de cuidados, eles eram todos registados no questionário. O Quadro 38 apresenta a distribuição por percentagem das mulheres que deram à luz ao longo do ano precedente ao MICS por tipo de pessoal que forneceu os cuidados pré-natais. Se foi mencionado mais do que um prestador de cuidados pré-natais. Se foi mencionado mais de um prestador de cuidados pela respondente, ela é considerada como tendo visto a pessoa mais qualificada que ela mencionou.

A quase totalidade das mulheres de São Tomé e Príncipe recebe um tipo ou outro de cuidados pré-natais e 91 por cento recebe cuidados pré-natais dum pessoal qualificado (médico, enfermeiro, parteira auxiliar). No entanto, apenas 7 por cento das mulheres que deram à luz ao longo do ano precedente ao inquérito receberam cuidados pré-natais dum médico e 9 por cento dum parteira auxiliar. Em contrapartida, as enfermeiras e parteiras auxiliares constituem, de longe, as principais prestadoras de cuidados pré-natais, prodigalizando-os a 75 por cento das mulheres que tiveram um parto ao longo do ano anterior ao MICS (Figura 7).

Figura 7: Distribuição percentual das mulheres que tiveram um parto ao longo do ano transacto por tipo de pessoal que presta cuidados pré-natais, São Tomé e Príncipe, 2000



Assistência durante o parto

A assistência durante o parto por um agente qualificado permite melhorar consideravelmente os resultados da saúde para as mães e crianças graças à utilização de procedimentos apropriados no plano técnico e no diagnóstico preciso e rápido, assim como no tratamento das complicações. Por *assistência qualificada durante o parto*, entende-se uma assistência dada por um médico, um enfermeiro ou uma parteira tradicional. Cerca de 79 por cento de nascimentos ocorridos ao longo do ano precedente ao inquérito sobre o MICS foram assistidos por um agente qualificado (Quadro 39). Mau grado o número limitado de casos, salta à vista que quanto mais a mulher é instruída, mais hipóteses existem que ela dê à luz com a assistência duma pessoa qualificada.

Cerca de 45 por cento dos partos verificados ao longo do ano anterior ao inquérito do MICS, tinham sido assistidos por um enfermeiro ou uma parteira. As parteiras tradicionais tinham assistido ao parto de 25 por cento das mulheres e os médicos a 9 por cento. Duma maneira geral, as parteiras auxiliares tinham assistido 12 por cento de nascimentos enquanto que cerca de 7 por cento dos nascimentos sobrevieram sem qualquer assistência.

H. Direitos da criança

Registo dos nascimentos no Registo Civil

A convenção internacional sobre os direitos da criança estipula que cada criança tem direito a um nome e a uma identidade e à protecção contra a privação da sua identidade. O registo dos nascimentos no registo civil constitui um meio fundamental de preservar esses direitos para as crianças. Os nascimentos de 70 por cento de crianças com menos de cinco anos de São Tomé e Príncipe foram registados (Quadro 40). Não existem disparidades importantes entre os sexos no que respeita ao registo dos nascimentos no registo civil. Em contrapartida, as crianças do meio urbano têm mais hipóteses que as do meio rural de ter os seus nascimentos registados no registo civil. Também a percentagem de nascimentos registados aumenta com o nível de instrução da mãe assim como com a idade da criança. As crianças das regiões Sul e Norte têm menos hipótese de ver os seus nascimentos registados no registo civil em relação às outras crianças. Mas parece que esta situação se explica essencialmente pelo facto de uma proporção relativamente importante de mães não saber se o nascimento dos seus filhos foi registado ou não no registo civil. Dentre aqueles cujos nascimentos não são registados no registo civil, a negligência ou a não tomada de decisão do pai constitui a principal razão evocada pelas respondentes.

Orfanato e disposições relativas à guarda das crianças

As crianças que são órfãs ou vivem longe dos seus pais podem estar expostas a um risco acrescido de empobrecimento, de discriminação, de negação de direitos de propriedade e dos direitos de herança, de diferentes formas de sevícias, de negligência e de exploração através do trabalho ou da sexualidade. O seguimento do nível do orfanato e das disposições relativas à guarda das crianças permite identificar os que possam estar expostos a riscos e seguir a evolução da sua situação ao longo do tempo.

Em São Tomé e Príncipe, 54 por cento das crianças de 0 a 14 anos vivem com os dois pais (Quadro 41). Uma percentagem importante – 30 por cento – vive unicamente com a mãe se bem que os seus pais estejam vivos. Cerca de 9 por cento não vivem com nenhum dos pais se bem que esses estejam vivos. As crianças que não vivem com o pai biológico representam 10 por cento e aquelas cujo pai ou mãe morreu representam 4 por cento de todas as crianças com idade de 0 aos 14 anos. As crianças mais velhas têm mais hipótese de viver longe dos seus pais biológicos em relação às crianças mais jovens. Se bem que somente 4 por cento das crianças

com menos de cinco anos não vivam com o seu pai biológico, 17 por cento das crianças de 10 a 14 anos vivem com ele.

A situação das crianças no Centro e no Príncipe é diferente das de São Tomé e Príncipe. No Centro e no Príncipe, metade das crianças vivem com os seus dois pais. Respectivamente 32 e 26 por cento vivem só com a sua mãe mas o seu pai está vivo e uma proporção relativamente importante (9 e 12 por cento respectivamente) não vive com nenhum dos pais se bem que eles estejam vivos.

Trabalho infantil

É importante assegurar o seguimento da dimensão do fenómeno do trabalho infantil, assim como do tipo de trabalho que elas efectuem por diversas razões. As crianças que trabalham têm menos oportunidades de ser escolarizadas e mais probabilidade de abandonar a escola. As crianças podem, assim, ser apanhadas no ciclo da pobreza e das privações. As condições de trabalho das crianças não são muitas vezes regulamentadas e comportam poucas medidas de protecção contra as potenciais sevícias. Além disso, numerosos tipos de actividade são fundamentalmente perigosos enquanto que outros apresentam riscos menos evidentes para as crianças, nomeadamente a exposição a pesticidas nas actividades agrícolas, o transporte de cargas pesadas ou a remoção de lixo.

Em São Tomé Príncipe, segundo o inquérito do MICS, somente cerca de 2 por cento das crianças de 5 a 14 anos efectuaram um trabalho remunerado (Quadro 42). Cerca de três vezes mais - 6 por cento – participa num trabalho não remunerado para uma pessoa que não é membro do agregado familiar.

Por “trabalho doméstico” entende-se cozinhar, fazer compras, limpeza, lavagem de roupa, acarretar água e tomar conta de crianças. Quase sete crianças em dez desempenham essas tarefas durante menos de quatro horas por dia, enquanto que cinco por cento lhe consagram mais de quatro horas por dia. Perto de 10 por cento das crianças de 5-14 anos efectuaram trabalhos para a família numa propriedade ou nos negócios. Duma maneira geral, em relação às crianças mais jovens (de 5 a 9 anos), as raparigas têm um pouco mais de hipótese que os rapazes e crianças mais velhas (de 10 a 14 anos) de efectuar essas tarefas domésticas. Existem disparidades entre regiões no que respeita à percentagem de crianças que efectuem trabalhos domésticos. Para os que consagram menos de quatro horas por dia às tarefas domésticas, a percentagem situa-se entre 54 por cento na região do Príncipe e 78 por cento no Sul. Do mesmo modo, existem disparidades regionais quanto à percentagem de crianças que efectuem trabalhos para a família (numa propriedade ou nos negócios), indo de 8 por cento no Centro a 18 por cento no Príncipe.

As crianças que efectuaram um trabalho remunerado ou não remunerado para uma outra pessoa que não o seu agregado familiar ou que dedicam mais de quatro horas ao trabalho faxinas domésticas no seio do agregado familiar ou que efectuem outros trabalhos para a família são consideradas como “trabalhadoras”. Em geral, actualmente, 20 por cento de crianças são consideradas como estando a trabalhar. Os rapazes são mais inclinados a pertencer a esta categoria de trabalhadores que as raparigas, com 22 por cento de rapazes contra 18 por cento de raparigas. Encontram-se esses trabalhadores mais entre crianças de mais idade (de 10 a 14 anos) do que entre as mais jovens (de 5 a 9 anos), seja 25 por cento contra 15 por cento. No plano regional, a percentagem das crianças que trabalham é mais fraca na região sul, com 17 por cento, sendo a mais elevada na região do Príncipe, com 32 por cento. As crianças das zonas rurais têm muito mais hipóteses de trabalhar do que as das zonas urbanas, seja 22 por cento contra 17 por cento.

Apêndice A
Quadros do MICS

Apêndice B

Concepção da amostra

1. Base de sondage

Le dernier recensement démographique et de l'habitat à Sao Tomé et Príncipe (STP) remonte à 1991. Selon ce recensement, la population totale de STP était de 117 500 habitants, comprenant 26 848 ménages et répartis en 140 zones de dénombrement de 1000 personnes chacune, en moyenne. La taille moyenne des ménages était de 4,4 personnes.

Pour les enquêtes auprès des ménages de type MICS, la base de sondage idéale, c'est-à-dire une liste d'unités complète et à jour couvrant tout le territoire national, à partir de laquelle l'échantillon est à tirer, devrait être fournie par le découpage du territoire national et la cartographie censitaire. Les documents censitaires de 1991 (cartes et listings) existent et ont été bien conservés. Ils seront donc utilisés pour l'échantillonnage du MICS2.

2. Plan de sondage

L'échantillon sera tiré à deux degrés : les zones de recensement, au premier degré, seront tirées avec probabilité proportionnelle à leur taille M_i (en ménages) de 1991. Tous les ménages M'_i des ZR tirées sont dénombrés.

La probabilité de tirer dans une ZR i est de :

$$P_1 = n_1 \cdot M_i / \sum M_i$$

- n_1 est le nombre de ZR échantillons
- M_i la taille (en ménages) de la ZR i obtenue de la base de sondage de 1991
- $\sum M_i$ est la taille totale (en ménages) de la population

Au second degré, on tirera un nombre n_2 fixe de ménages, de préférence entre 25 et 30 ménages dans chaque ZR tirée. La probabilité de tirer n_2 ménages dans la ZR, une fois tirée la ZR i , est de :

$$P_2 = n_2 / M'_i$$

Où M'_i est la taille du site (la ZR i tirée) après dénombrement.

En définitive, la probabilité de faire partie de l'échantillon, pour un ménage i de la ZR i est donc égale à :

$$P = P_1 \cdot P_2 = n_1 \cdot M_i \cdot n_2 / \sum M_i \cdot M'_i$$

Ces probabilités seraient les mêmes au niveau national si l'enquête se réalisait peu après le recensement : l'échantillon serait dans ce cas auto-pondéré. Cependant vu le délai entre les deux opérations, il est plus probable que les M et les M' ne soient pas les mêmes. Des pondérations seraient donc calculées et appliquées aux différents fichiers de données.

3. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon national est déterminée par la formule :

$$n = [4 \cdot r \cdot (1-r) \cdot f \cdot a] / [e^2 \cdot p \cdot n_m]$$

où

- r est l'estimateur recherché, en l'occurrence le % d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés avec le DCT3 (77%)
- f est l'effet de grappe (1,5)
- a le ratio pour tenir compte des non-réponses (1,1%)
- e est la marge d'erreur désirée (5%)
- n_m est la taille moyenne des ménages (4,4 personnes)
- p la proportion du sous-groupe de la population (12-23 mois) où r est calculé ayant la plus petite fréquence (3,2%)

La taille de l'échantillon national, pour différentes valeurs de ces paramètres, est donnée dans un tableau (non présenté ici). Il est de l'ordre de 3 500 ménages pour :

- un intervalle de confiance de 95% de r ;
- $r = 77\%$;
- un effet de grappe $f = 1,5$;
- une marge d'erreur $e = 0,05$;
- une taille moyenne des ménages = 4,4 personnes ;
- un taux de non-réponse de 10% ;
- et la proportion de la population de 12-23 mois, sur laquelle r est calculé = 3,2%.

La mise en œuvre de ce plan de sondage dépend de la disponibilité des plans cartographiques des sites, sans lesquels le plan n'est pas opérationnel.

4. Méthode retenue

Le recours à la méthode décrite ci-dessus est idéale. Toutefois, le dénombrement des ZR échantillons peut être fastidieux, notamment pour les ZR de grande taille ou d'accès difficile. La mise à jour d'une telle base de sondage pourrait prendre plusieurs mois étant donné les faibles ressources humaines disponibles à STP. Aussi a-t-il été fait recours à une méthode permettant d'éviter les travaux de dénombrement, qui est décrite ci-après.

- i. On tirera 116 ZR avec probabilité proportionnelle à la taille en ménages de 1991.
- ii. Sur la base de cette population, on découpe chaque ZR tirée en segments aréolaires de 30 ménages chacun.
- iii. On choisit de manière aléatoire un segment parmi le nombre ainsi constitué.
- iv. Enfin on enquête tous les ménages à l'intérieur de ce segment.

Cette méthode a l'avantage d'être probabiliste, d'éviter les travaux de dénombrement et, si possible, d'aboutir à un échantillon auto-pondéré. Mais, en revanche, l'effet de grappe peut être élevé et la segmentation compliquée et lente.

Appendice C

Lista dos participantes no MICS em São Tomé e Príncipe

EQUIPA TECNICA

UNICEF, São Tomé e Príncipe

Boudewijn Mohr, Representante delegado
Alberto Neto, NPO Sector da Educação
Idalécio Neves, NPO Sector da Saúde

Equipa nacional MICS2

Mario Rodrigues Coelho, INE, Cordinador
Agostinho Batista da Sousa, MS
Marta Barros, MS
António Trigueiros, MEJC
Fernanda Pontifice, MEJC
Elsa Cassandra Cardoso, INE

Assistência tecnica

Abdoulaye Sadio, Conselheiro regional e Cordinador dos MICS2, WCARO/UNICEF
Mady Biaye, Consultor Specialista dos MICS2, WCARO/UNICEF
Ngagne Diakhaté, Consultor informatico, WCARO/UNICEF

PESSOAL DO TERRENO

Príncipe

Dionisio Varela
Idalina de Barros Lopes Almeida
Jose carlos Moreira
Malalel Stef da Silva

São Tomé

Adelino Rodrigues Botelho
Alain da Fonseca Alves de Carvalho
Alexandre do Nascimento Pereira
Amarilio Lima
Andreza Soares Batista de Pina
Angela Maria da Costa Alves de Carvalho
Aurélío Graça
Bienassow Cravid d'Alva Teixeira
Bonifacio Afonso Martins
Celestino da Conceição

Dario da Silva Aragao
Delfim Manuel da Costa Frota
Diogo Janu Correia
Eleutério Julio de Sousa Pontes
Elvira Luis da Costa Quaresma
Francisco Quaresma da S. Cruz
Germano Gonçalves Camplé
Gilberto do Espirito Santos A. das Neves
Hortencia de Sousa V.A. Paquete de Sousa
Houri Kydoo Leopoldino Boa Morte
Inaci Zulmira Esteves Mercedes
Manuel Elio do Rosario
Maria da Trindade F. Rodrigues Amado
Maria do Carmo Teixeira Barros e Santos
Mayté J. Cravid Teixeira
Natercia A. Sousa Mendes
Olimpia Maria de Barros Almeida Aragao
Olivio da Conceição Bretes de Menezes
Semoa Almeida da Trindade
Wilsangela da Conceição Neto Correia

PESSOAL DE DIGITAÇÃO DOS DADOS

Marina Nicolaivna Chelest Gonçalves Trigueiros, Responsible
Elsa Maria Afonso da Costa do Rosario
Justina da T.L. Ramos Bastos
Semiana Viana
Margarida Ponces

Apêndice D

Questionários