



Inquérito sobre os determinantes dos comportamentos relacionados com a malária

Angola 2023

Apresentado a:
Apresentado por:

Iniciativa do Presidente dos EUA contra a Malária
Johns Hopkins Center for Communication Programs
Janeiro de 2024
Acordo de cooperação #AID-OAA-A-17-00017



GOVERNO DE
ANGOLA

minsa.gov.ao
Ministério da Saúde

PMI

INICIATIVA DO PRESIDENTE
DOS ESTADOS UNIDOS
CONTRA A MALÁRIA

LIDERADO POR



**Breakthrough
ACTION**
FOR SOCIAL & BEHAVIOR CHANGE



Agradecimentos

Este relatório é o resultado da contribuição de vários indivíduos e instituições. O estudo foi concebido e implementado sob os auspícios do projeto Breakthrough ACTION para avaliar os efeitos das intervenções de comunicação de mudança social e comportamental que procuraram melhorar os resultados da prevenção e do tratamento da malária em Angola. Estamos particularmente gratos à Iniciativa do Presidente dos EUA para a Malária (PMI) e à Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) pelo seu apoio financeiro e técnico que tornou possível a implementação deste estudo. Agradecemos também o papel do Instituto Nacional de Investigação em Saúde de Angola (INIS) e do Comité de Ética da Universidade Johns Hopkins pelo seu apoio na garantia de que o estudo respeita elevados padrões éticos no tratamento de sujeitos humanos em investigação.

Stella Babalola, Professora na Universidade Johns Hopkins e Directora de Investigação e Avaliação no Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP), foi responsável pelo desenvolvimento do protocolo para o estudo, ajudou a iniciar a recolha de dados e dirigiu a análise e o relatório dos dados.

Agradecemos a outros colegas do Ministério da Saúde de Angola e Direção Nacional de Saúde Pública, Directora Nacional de Saúde Pública, Dra. Helga Reis Freitas, e nas pessoas do Chefe de Departamento de Controlo de Doenças, Dr. José Franco Martins, à Responsável do Departamento de Comunicação do Programa Nacional de Controlo da Malária, Dra. Fátima Henriques, e à Dra. Domingas Sebastião Pedro, aos Gabinetes Provinciais de Saúde e Administrações Municipais das Províncias do Cuanza Norte, Lunda Sul e Zaire, bem como à equipa da The Mentor Initiative Angola, incluindo Teresa Nobrega, Mariana Pimenta, Ana Direito, Sérgio Lopes e a todos os membros da equipa de trabalho do Programa da Malária. Agradecemos ainda aos coordenadores provinciais Manuel Jorge, David Sunda e Francisco Samanjata, bem como a todos os supervisores, enumeradores e motoristas no terreno. Agradecemos também ao resto da equipa da Mentor Angola pelo seu apoio administrativo e logístico. Agradecemos o apoio constante da USAID e PMI Angola, Dr^a Joana do Rosário, Dr^a Dinorah Calles, Dr^a Arciolanda Gravata, e Dr Yava Ricardo. Finalmente, estamos gratos aos indivíduos das províncias estudadas que dedicaram o seu tempo para fornecer as informações apresentadas neste relatório.

O Inquérito sobre os Determinantes dos Comportamentos relacionados coma Malária de 2023 em Angola foi implementado pela Breakthrough ACTION de fevereiro a abril de 2023. O financiamento para este Inquérito foi fornecido pela Iniciativa do Presidente dos EUA para a Malária (PMI) através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). O CCP implementou este inquérito através do projeto Breakthrough ACTION, um projeto financiado pela USAID para a mudança social e comportamental. Informações adicionais sobre o MBS Angola 2023 podem ser obtidas através de Stella Babalola (stella.babalola@jhu.edu)

Citação recomendada: *Inquérito sobre o comportamento em relação à malária: Angola 2023*. Projeto Breakthrough ACTION. Johns Hopkins Center for Communication Programs. Julho de 2023. www.malariabehaviorsurvey.org

Índice

Agradecimentos	i
Índice	ii
Lista de acrónimos	iv
Leitura e compreensão de tabelas no Inquérito sobre os determinantes dos comportamentos relacionados com a Malária (MBS) em Angola de 2023	v
Prefácio	viii
Resumo executivo	1
Introdução	7
Metodologia	13
Resultados	19
Descrição da amostra	19
Factores Ideacionais Transversais	21
Gestão de casos de malária para crianças com menos de cinco anos de idade	26
Malária na gravidez	35
Utilização e cuidados com mosquiteiros tratados com insecticida	50
Consumo de meios de comunicação e exposição a mensagens	63
Conclusões e recomendações	67
Anexo A: Tabelas de dados	77
A.1 Características da amostra	78
Tabela A.1.1: Características da habitação, por província	78
Tabela A.1.2: Pertences do Agregado Familiar e Quintil de Riqueza, por Província	79
Tabela A.1.3: Características sociodemográficas dos membros do agregado familiar, por província	80
Tabela A.1.4: Características sociodemográficas dos inquiridos, por província	81
A.2 Determinantes ideacionais transversais	82
Tabela A.2.1: Conhecimentos correctos sobre a malária	82
Tabela A.2.2: Susceptibilidade percebida à malária	84
Tabela A.2.3: Gravidade percebida da malária	86
Tabela A.2.4: Comunicação interpessoal sobre malária	88
Tabela A.2.5: Percepções sobre os profissionais de saúde dos estabelecimentos de saúde	90
Tabela A.2.6: Atitudes de género relacionadas com a malária	91
A.3 Gestão de casos de malária para crianças com menos de cinco anos	93
Tabela A.3.1: Conhecimentos sobre procura e tratamento de malária	93
Tabela A.3.2: Atitudes em relação à procura de cuidados e tratamento de Malária	95
Tabela A.3.3: Eficácia de resposta percebida de testes de malária	97
Tabela A.3.4: Eficácia de resposta percebida do tratamento da malária	99
Tabela A.3.5: Auto-eficácia percebida para teste e tratamento da malária	100
Tabela A.3.6: Atitudes do género relacionadas com o tratamento da malária	102
Tabela A.3.7: Normas comunitárias percebidas relativamente a testes e tratamento da malária	103
Tabela A.3.8: Percepções de estabelecimentos de saúde sobre procura de teste e tratamento de malária ..	104
Tabela A.3.9: Percepções dos trabalhadores de saúde das unidades sanitárias sobre a procura de cuidados e tratamento de malária	105
Tabela A.3.10: Tomada de decisões sobre cuidados e tratamento da malária	107
Tabela A.3.11: Procura de cuidados e testes de crianças com febre nas últimas 2 semanas	109
Tabela A.3.12: Tratamento de crianças com febre	111
A.4 Malária na gravidez	114
Tabela A.4.1: Conhecimentos sobre o tratamento presuntivo intermitente na gravidez (TIP)	114

Tabela A.4.2: Atitudes em relação à TIP	116
Tabela A.4.3: Gravidade percebida da malária na gravidez	118
Tabela A.4.4: Eficácia da resposta percebida da TIP	119
Tabela A.4.5: Auto-eficácia percebida para a TIP - mulheres.....	120
Tabela A.4.6: Auto-eficácia percebida para os homens do TIP.....	122
Tabela A.4.7: Normas comunitárias percebidas em relação ao TIP.....	123
Tabela A.4.8: Atitudes equitativas dos géneros em relação à malária na gravidez	124
Tabela A.4.9: Percepções dos trabalhadores de saúde baseados em estabelecimentos de saúde sobre malária na gravidez.....	125
Tabela A.4.10: Tomada de decisões sobre cuidados pré-natais	127
Tabela A.4.11: Comunicação interpessoal relativa aos cuidados pré-natais	128
Tabela A.4.12: Intenção de utilizar a TIP e frequentar CPN	129
Tabela A.4.13: Cuidados pré-natais	131
Tabela A.4.14: Utilização de tratamento preventivo intermitente (TIP) por mulheres durante a gravidez	133
Tabela A.4.15: Fonte de TIP	135
Tabela A.4.16: Resultados da regressão logística que exploram os factores associados à intenção de ir ao CPN quatro vezes.....	136
Tabela A.4.17: Resultados da regressão logística que exploram os factores associados à intenção de frequentar CPN no primeiro trimestre.....	138
A.5 Utilização de redes tratadas com inseticida.....	140
Tabela A.5.1: Conhecimentos sobre a prevenção da malária com redes mosquiteiras	140
Tabela A.5.2: Atitudes favoráveis em relação aos MTIs.....	141
Tabela A.5.3: Atitudes favoráveis em relação aos cuidados com os MTIs	143
Tabela A.5.4: Eficácia de resposta percebida dos MTI.....	145
Tabela A.5.5: Auto-eficácia percebida para utilizar os MTI.....	146
Tabela A.5.6: Normas comunitárias percebidas relativamente aos MTI.....	147
Tabela A.5.7: Atitudes equitativas de género relativamente aos MTI.....	149
Tabela A.5.8: Posse de redes mosquiteiras pelo agregado familiar.....	151
Tabela A.5.9: Acesso a um MTI	152
Tabela A.5.10: Utilização de redes mosquiteiras pelas pessoas do agregado familiar	153
Tabela A.5.11: Rácio de acesso à utilização de MTI	154
Tabela A.5.12: Utilização dos MTI existentes.....	155
Tabela A.5.13: Características dos MTI	156
Tabela A.5.14: Cuidados com os MTI	157
Tabela A.5.15: Reaproveitamento de cuidados líquidos.....	158
Tabela A.5.16: Utilização consistente da rede na semana anterior.....	159
Tabela A.5.17: Resultados da regressão logística que explora os factores associados ao facto de dormir sob um MTI todas as noites.....	160
A.6 Consumo de meios de comunicação e exposição a mensagens	164
Tabela A.6.1: Audiência de rádio pelo menos uma vez por semana	164
Tabela A.6.2: Hora preferida para ouvir rádio	165
Tabela A.6.3: Assistência à televisão pelo menos uma vez por semana.....	166
Tabela A.6.4: Hora preferida para ver televisão	168
Tabela A.6.5: Propriedade de telemóvel ou tablet	169
Tabela A.6.6: Exposição a mensagens sobre a malária	170
Anexo B: Glossário de Termos de MBS	172

Lista de acrónimos

ACT	Terapias combinadas à base de artemisinina
ADECOS	Agente de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário
AE	Áreas de Enumeração
aOR	Razão de Probabilidades Ajustada (Adjusted Odds Ratio)
CCP	Johns Hopkins Center for Communication Programs
CPN	Cuidados Pré-Natais
CDC	Centros de Controlo e Prevenção de Doenças dos EUA
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
IC	Intervalo de Confiança
IIM	Inquérito de Indicadores da Malária
MSC	Mudança Social e Comportamental
MTI	Mosquiteiro Tratado com Inseticida
MBS	Inquérito Sobre o Comportamento em Relação à Malária
PNCM	Programa Nacional do Controlo da Malária
PENM	Plano Estratégico Nacional contra a Malaria
PMI	Iniciativa do Presidente dos EUA contra a Malária
SP	Sulfadoxina pirimetamina
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo de Malária na Gravidez
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
ZMCC	Zero Malária Começa Comigo / Zero Malaria Starts with Me Campaign

Leitura e compreensão de tabelas no Inquérito sobre os determinantes dos comportamentos relacionados com a Malária (MBS) em Angola de 2023

O MBS é composto por mais de 50 tabelas de dados, a maioria das quais se encontra em anexo ao relatório. As tabelas de resumo dos indicadores importantes para cada secção são apresentadas no corpo do texto, no final da narrativa dos resultados dos factores ideacionais para cada secção e são referidas pelo seu número de tabela. As tabelas que apresentam os resultados dos modelos de regressão logística estão disponíveis no final dos resultados comportamentais de cada secção e são referidas pelo seu número de tabela.

Exemplo de uma caixa de resumo






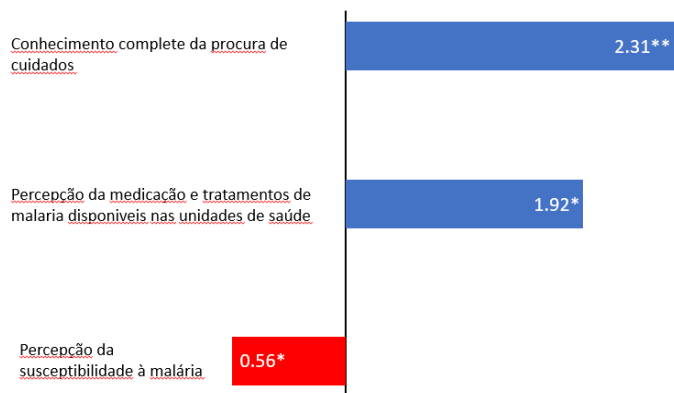
Resumo factores ideacionais transversais	
Altamente prevalente ($\geq 80\%$)	
	Percepções favoráveis dos profissionais de saúde das unidades sanitárias
	Percepção de atitudes equitativas de género
Menos prevalentes ($\leq 40\%$)	
	Gravidade percebida da malária
	Comunicação sobre malária com o parceiro
	Comunicação interpessoal sobre com malária e amigos/família

Figura 5. *Factores Associados Significativamente com Cuidados Imediatos e Adequados e seus Odds Ratios ajustados, MBS Angola 2023 (N=302)*



Significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

O MBS contém figuras adicionais rotuladas sob a forma de mapas, gráficos e outros elementos visuais ao longo do documento. Estas têm como objectivo ajudar na interpretação do documento e são referidas e discutidas no texto pelo seu número de figura. Na secção de resultados, existem também caixas de chamada de atenção mais pequenas e sem rótulos. No entanto, estas destinam-se apenas a resumir os principais resultados de cada secção e não são referidas no corpo do texto.

Exemplo 1: Tabela de resumo

Exemplo de uma figura rotulada

Tabela 3: Resumo dos factores ideacionais transversais				
Percentagem de inquiridos que relataram factores ideacionais transversais relacion sociodemográficas, Angola 2023				
Característica	Conhecimentos básicos sobre a malária (N=4261)	Percepção da suscetibilidade à malária (N=4261)	Gravidade percebida da malária (N=4261)	Comunicação interpessoal relatada sobre paludismo com o cônjuge ou parceiro (N=2865)
	1			
Total (%)	55.1	54.2 2	37.8 4	16.3
Provincia	***	***	**	***
Cuanza Norte	46.1	53.1	37.6	13.6
Lunda Sul	69.4	45.8	34.3	13.6
Zaire	52.8	62.6	41.1	21.7
Sexo	***			
Feminino	54.9	53.3	38.4	14.3
Masculino	56.4	60	34.5	25.4
Grupo etário	*	**	*	*
15-24	51.6	50.1	41.3	16.7
25-34	62.1	59.9	35.9	17.3
35-44	51.2	59.7	35.9	15.4
≥45	55.7	43.5	36	14.8

Destaque 1: O nome do indicador para essa coluna específica é o número de observações entre a amostra. Neste exemplo, a primeira coluna diz respeito a conhecimentos básicos sobre malária e este indicador incluiu toda a amostra de 4261 inquiridos.

Destaque 2: A percentagem ponderada do indicador específico entre a amostra. Neste exemplo, 54,2% da população ponderada considerava que era susceptível à malária.

Destaque 3: A característica de interesse e os subgrupos. Neste exemplo, a característica é o sexo do inquirido e os subgrupos são feminino e masculino.

Destaque 4: O nível de significância para a variação entre subgrupos * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001, e nenhuma estrela indica que não existe uma diferença significativa entre subgrupos. No exemplo apresentado, existe uma diferença significativa entre regiões para a percepção da gravidade da malária.

Destaque 5: A percentagem relativa de cada subgrupo com o indicador, por exemplo, 16,7% dos inquiridos com idades entre os 15 e os 24 anos relataram comunicação interpessoal sobre malária com um cônjuge ou parceiro nos últimos seis meses.

Exemplo 2: Tabela com os resultados da regressão logística

Tabela 10. Resultados da regressão logística que explora os factores associados à utilização consistente (dormir sob um MTI todas as noites da semana)

Característica	N (%)	Rácio de probabilidades ajustado	IC 95%
Grupo etário, 25-34 como referência			
25-34 (Referência)	970 (89.3)	1.00	
15-24	966 (88.9)	0.50***	0.37- 0.66
35-44	654 (81.7)	0.72	0.52 -1.01
45 anos ou mais	355 (83.9)	0.64*	0.43- 0.97
Religião			
Católico (Referência)	1202 (86.8)	1.00	
Protestante	1353 (86.0)	1.12	0.86 -1.46
Outros	390 (78.9)	1.20	0.83- 1.74
Província			
Cuanza Norte (Referência)	1202 (89.6)	1.00	
Lunda Sul	603 (83.8)	0.92	0.64 -1.32
Zaire	1140 (81.7)	0.77	0.57- 1.05
Sexo			
Homem (Referência)	543 (92.2)	1.00	
Feminino	2402 (84.3)	0.64*	0.45 -0.91

Destaque 1: O nome da categoria utilizada na análise e os subgrupos que a compõem como linhas separadas. Neste exemplo, o grupo Idade está incluído na análise com os 4 grupos. Note-se que o primeiro subgrupo listado é sempre a referência para comparação com os outros subgrupos, pelo que os inquiridos com idades entre 25 e 34 anos são a referência.

Destaque 2: A frequência de cada linha na amostra; neste exemplo, há 1.351 inquiridos com idades entre 25 e 34 anos nesta análise.

Destaque 3: A percentagem da linha de alcance que está a comunicar o comportamento ou a intenção. Neste exemplo, 70,9% dos inquiridos que são católicos referiram usar consistentemente um mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) todas as noites, enquanto 64,6% dos inquiridos que são protestantes referiram usar consistentemente.

Destaque 4: O aOR (razão de probabilidades ajustada) da linha e o nível de significância. Para significância* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$, e nenhuma estrela indica que não há uma diferença significativa entre a linha e a referência da categoria. Neste exemplo, as mulheres respondentes têm 0,64 de probabilidade de uso consistente da rede em comparação com os homens respondentes, e este é um resultado significativo.

Destaque 5: O intervalo de confiança (IC) de 95% para a aOR, neste exemplo os inquiridos da Lunda Sul tinham 0,92 probabilidades de uso consistente da rede em comparação com o Cuanza Norte, mas o IC de 95% varia entre 0,64-1,32.

Prefácio


O Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM), tem vindo a implementar há vários anos intervenções aprovadas pela Organização Mundial de Saúde para controlar e eliminar a malária em Angola. Embora tenham sido feitos progressos significativos na redução da mortalidade por malária. Continua a ser um enorme problema de saúde pública, afectando um [terço] da população todos os anos. Em [2022], o sistema nacional de informação sanitária de Angola registou [12.602] mortes por malária, principalmente entre grávidas e crianças menores de cinco anos. O sucesso da prevenção da malária depende da implementação de qualidade de intervenções eficazes, tais como a distribuição em massa de mosquiteiros, e o tratamento preventivo intermitente da malária durante a gravidez.

O Inquérito sobre Comportamentos Relacionados com a Malária (ICM ou MBS) foi testado em muitos países e foi concebido para informar o desenvolvimento de mensagens que possam abordar questões-chave que afectam a adopção comunitária de comportamentos positivos contra a malária. O grupo consultivo do ICM em Angola reviu e adaptou o protocolo ao contexto angolano e contribuiu para a preparação e planeamento da recolha de dados. A empresa de investigação Mentor Initiative foi responsável pela recolha de dados sob a supervisão directa do PNCM e do Projecto Breakthrough ACTION. O PNCM e o a Projecto Breakthrough ACTION Angola estiveram presentes na liderança da formação dos coletores de dados e realizou-se supervisão no terreno para garantir a qualidade da recolha dos mesmos. O objectivo do ICM era compreender os determinantes sociodemográficos e comportamentais associados à adopção de intervenções contra a malária em Angola para informar actividades programáticas apropriadas.

O relatório apresenta dados contextuais que destacam importantes determinantes comportamentais da malária, tanto a nível da comunidade como das unidades de saúde, o que permitirá análises e pesquisas adicionais sobre as questões a serem abordadas pelo programa e outros parceiros que implementam intervenções de controlo da malária. Isto inclui o fornecimento de dados para indicadores padrão da malária utilizados para compreender e validar prioridades baseadas em evidências para o desenvolvimento de intervenções contra a malária, incluindo mensagens de saúde, e facilitar análises de tendências dos principais resultados comportamentais. As principais intervenções de controlo da malária incluem a distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida, tratamento preventivo intermitente durante a gravidez, e gestão de casos de malária para crianças menores de cinco anos de idade. O ICM foi realizado em 3 províncias de Angola – Cuanza Norte, Lunda Sul e Zaire.

O PNCM agradece ao USAID/PMI pelo seu apoio financeiro ao estudo, ao projecto Breakthrough ACTION pelo seu papel fundamental, à Escola de Saúde Pública John Hopkins Bloomberg e a todos os Angolanos que participaram no trabalho bem-sucedido de implementação do inquérito. Os resultados deste relatório contribuirão muito para apoiar a programação contra a malária e futuras decisões políticas.

Dr. José Franco Martins


Coordenador Nacional de Controlo da Malária

Luanda, Angola

Janeiro 2024

Resumo executivo

O Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) continua a definir estratégias para intervenções eficazes de controlo da malária em Angola, onde esta doença continua a ser um grande problema de saúde pública. As intervenções e estratégias integradas de controlo da malária do PNCM têm sido apoiadas por vários parceiros de implementação, incluindo a Iniciativa do Presidente dos EUA contra a Malária (PMI). Juntamente com as intervenções sistémicas, o controlo da malária depende em parte do comportamento humano. Compreender os conhecimentos, as atitudes e as práticas das populações relacionadas com a malária é fundamental para informar os programas de mudança social e comportamental (MSC) para influenciar o comportamento humano no sentido da prevenção e controlo da malária. O objectivo do Inquérito MBS é proporcionar uma melhor compreensão das características sociodemográficas e ideacionais associadas aos resultados comportamentais relacionados com a malária em Angola, e informar as estratégias e actividades de MSC concebidas para melhorar estes resultados.

O MBS foi implementado em três províncias de Angola - Cuanza Norte, Lunda Sul e Zaire. O inquérito recolheu dados de 3.148 agregados familiares e 4.261 indivíduos (3.476 mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos e 785 homens com idades entre os 18 e os 59 anos). **As conclusões principais são apresentadas neste Resumo Executivo e são reportadas por província apenas se forem estatisticamente significativas ao nível de $p=0,05$ ou inferior.** Resultados mais pormenorizados e testes de significância podem ser encontrados no corpo do presente relatório.

Características dos agregados familiares

- Em média, os agregados familiares em Angola incluíam cerca de quatro residentes e dois quartos de dormir.
- Cerca de 55% dos agregados familiares tinham electricidade; 57% dos agregados familiares viviam perto de uma unidade de saúde pública, enquanto 29% viviam perto de uma unidade de saúde privada e 47% viviam perto de uma farmácia.¹
- Sessenta e três por cento (63%) de todos os inquiridos viviam em áreas urbanas.²
- Sessenta por cento (60%) de todos os agregados familiares possuíam um rádio; 36% tinham uma televisão; 87% possuíam um telemóvel simples; 24% tinham um smartphone; 52% possuíam terras; e 42% possuíam gado.

Características da população

- Em Angola, a maioria dos membros do agregado familiar era do sexo feminino (52%) e tinha 18 anos ou mais (47%).
- Dois terços dos inquiridos eram casados ou viviam com alguém (66%) e quase metade não tinha completado o ensino primário (49%).

¹ "Perto" é definido como localizado a cinco quilómetros ou menos (trinta minutos ou menos a pé, ou dez minutos ou menos de carro).

² "Urbano" é definido como comunidades designadas como urbanas ou periurbanas pelas administrações municipais e governos provinciais

- Cerca de 9% dos inquiridos no Zaire estavam no quintil mais baixo de riqueza, enquanto no Cuanza Noroeste a proporção chegava a quase 35%. Por outro lado, 32% dos inquiridos na província do Zaire estavam no quintil superior em comparação com 8% no Cuanza Norte.

Factores Ideacionais Transversais

- Mais de metade dos inquiridos tinha conhecimentos básicos sobre a transmissão e prevenção de malária (55,1%), o que variou consoante o nível de escolaridade, a província e o grupo etário. Uma percentagem semelhante (54,2%) acreditava ser susceptível à malária.
- Apenas 37,8% dos inquiridos acreditavam que as consequências da malária eram graves.
- Poucos (16,3%) falaram sobre a malária com o cônjuge ou parceiro ou com familiares e amigos (13,5%) nos seis meses anteriores ao inquérito.
- As percepções sobre os profissionais de saúde eram muito favoráveis. Cerca de 86% dos inquiridos tinham percepções favoráveis sobre os prestadores das unidades de saúde com serviços de malária.
- Oitenta e dois por cento (82%) dos inquiridos consideram que os rapazes e as raparigas têm a mesma prioridade na utilização de mosquiteiros e no tratamento da malária, o que indica atitudes equitativas de género relacionadas com a prevenção e os cuidados contra a malária.
- Verificou-se que muitos factores ideacionais transversais, incluindo conhecimentos gerais sobre a malária, percepção da gravidade e comunicação interpessoal com cônjuges/parceiros ou amigos/família, eram estatisticamente diferentes por província, educação, grupo etário e quintil de riqueza.

Procura de cuidados para a febre em crianças com menos de cinco anos

- Embora dois terços dos inquiridos tivessem atitudes positivas em relação à procura de cuidados para a febre, apenas 42% tinham conhecimentos abrangentes especificamente relacionados com a procura de cuidados e o tratamento, definidos como saber quando e onde procurar cuidados, bem como o tratamento e o teste recomendados para a malária.
- Cerca de 58% dos inquiridos acreditavam na eficácia de resposta dos testes da malária, em comparação com 44% que acreditavam na eficácia de resposta do tratamento da malária.
- Três quartos (74%) dos inquiridos acreditavam que cumpriam vários aspectos dos cuidados contra a malária, desde arranjar dinheiro para levar o seu filho até garantir que esta toma a dose completa de medicação.
- Sessenta e sete por cento dos inquiridos acreditavam que a maioria das pessoas na sua comunidade procurava cuidados imediatos para a febre do seu filho; 66% afirmaram estar envolvidos na decisão de procurar cuidados para a febre do seu filho; 60% afirmaram estar envolvidos na decisão de comprar medicamentos.
- Sessenta e nove por cento dos inquiridos referiram atitudes equitativas em relação ao género, não favorecendo nem a criança do sexo masculino nem a do sexo feminino na procura de cuidados para a febre.
- Cerca de 29% dos prestadores de cuidados tinham comunicado que uma criança com menos de cinco anos tinha febre nas duas semanas anteriores ao inquérito, 91% das quais procuraram algum tipo de cuidados para essa febre.
 - Entre os que procuraram assistência, 78% fizeram-no dentro do período recomendado (no mesmo dia ou no dia seguinte ao início da febre) e 75% fizeram-no dentro do período recomendado e com um profissional de saúde qualificado

- A maioria (88%) dos prestadores de cuidados com uma criança febril referiu ter procurado cuidados **primeiro** numa unidade de saúde/clínica, num prestador de cuidados de saúde ou num Agente de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário (ADECOS).
- Os determinantes ideacionais significativos da intenção de procurar cuidados rápidos e adequados foram o conhecimento correto dos cuidados e do tratamento da malária e a percepção de que as unidades de saúde dispõem dos produtos necessários para a testagem e o tratamento da malária.

Malária na gravidez

- Apenas 20% dos inquiridos tinham conhecimentos abrangentes sobre a malária na gravidez, definidos como a resposta correcta a todas as três perguntas sobre o tratamento intermitente preventivo (TIP) para malária na gravidez - quando é que uma mulher grávida deve procurar os cuidados pré-natais (CPN), o número de consultas recomendadas de CPN e o número de doses do medicamento profilático contra a malária, a sulfadoxina pirimetamina (SP), que uma mulher grávida deve receber.
- Cerca de 69% dos inquiridos tinham atitudes positivas em relação aos CPN e ao TIP, e 76% viam a malária na gravidez como uma doença grave.
- Quase todos os inquiridos (93%) acreditam que o TIP é eficaz, enquanto menos mulheres (67%) acreditam que poderiam completar todas as acções para obter o TIP.
- Relativamente às normas descritivas da comunidade, 53% dos inquiridos estimaram que a maioria das mulheres grávidas na sua comunidade fez pelo menos quatro consultas de CPN e cerca de metade (50%) acreditava que a maioria das mulheres grávidas tomava SP.
- No que diz respeito às normas comunitárias injuntivas, 65% dos inquiridos não sabiam se a comunidade aprovaria o facto de as mulheres grávidas tomarem SP para evitar a malária.
- As percepções favoráveis dos prestadores de cuidados de saúde que oferecem cuidados contra a malária na gravidez foram referidas por 60% dos inquiridos.
- Sessenta e nove por cento das mulheres com um nado-vivo nos dois anos anteriores referiram ter frequentado pelo menos quatro consultas de CPN.
 - As pessoas dos quintis de riqueza mais baixos e as que não tinham completado o ensino primário apresentavam taxas mais baixas de frequência de CPN pelo menos quatro consultas.
- Entre os inquiridos com um nado-vivo nos dois anos anteriores, apenas 46% tiveram uma consulta de CPN no primeiro trimestre de gravidez.
- Cerca de 65% das mulheres inquiridas referiram ter recebido pelo menos três doses de TIP na sua última gravidez. Apenas 43% das mulheres com 45 anos ou mais relataram três ou mais doses de TIP durante a sua última gravidez, em comparação com 60% das mulheres com 35-44 anos. As mulheres inquiridas do Cuanza Norte (57%) tinham menos probabilidades de receber três ou mais doses do que as mulheres de outras províncias.
- Cerca de 44% das mulheres referiram que foram acompanhadas pelo seu parceiro/cônjuge em pelo menos uma consulta de CPN.
- Oitenta por cento das mulheres que tencionavam engravidar no futuro referiram a sua intenção de procurar CPN pelo menos quatro vezes numa futura gravidez, enquanto apenas 64% tencionavam frequentar CPN no primeiro trimestre.
- A análise de regressão logística demonstrou a existência de múltiplos factores significativamente associados à intenção de comparecer a quatro consultas de CPN: conhecimento abrangente sobre

malária na gravidez, percepções favoráveis dos profissionais de saúde em relação à CPN e percepções de auto-eficácia em relação à CPN.

- A análise de regressão logística demonstrou a existência de múltiplos factores significativamente associados à intenção de procurar CPN no início de uma futura gravidez: conhecimento completo dos serviços de CPN, percepções favoráveis dos profissionais de saúde em relação à CPN, percepções de auto-eficácia para completar vários aspectos dos CPN, suscetibilidade percebida e proximidade de uma unidade de saúde.

Utilização de redes tratadas com inseticida

- A maioria dos mosquiteiros encontrados em casa eram MTI, pelo que neste relatório utilizaremos MTI para nos referirmos a todos os mosquiteiros da população inquirida.
- Cerca de 86% dos inquiridos sabiam que a utilização de um MTI podia proteger da malária e 73% tinham atitudes favoráveis em relação aos MTI.
- Pouco mais de metade (54%) dos inquiridos acreditava na eficácia dos MTI, enquanto 83% acreditavam que conseguiam realizar todas as acções para utilizar correctamente um MTI.
- Cerca de 67% dos agregados familiares inquiridos tinham pelo menos um MTI, enquanto 27% dos agregados familiares tinham pelo menos um MTI por cada duas pessoas na casa.
- Para os membros do agregado familiar, o acesso aos MTI foi de 0,54, enquanto a utilização dos MTI foi de 0,4, o que dá um rácio Utilização/Acesso de 0,74. Ou seja, 74% das pessoas com acesso a mosquiteiro dormem debaixo do mesmo.
 - O rácio utilização/acesso foi mais elevado nas famílias urbanas e nos quintis de menor riqueza.
- Cerca de 70% dos inquiridos afirmaram usar um MTI de forma consistente (todas as noites da semana). Esta percentagem varia significativamente consoante o sexo, com mais homens (70%) a dormir consistentemente sob MTI do que mulheres (66%). No entanto, apenas 43% dos inquiridos acreditam que a maioria das pessoas na sua comunidade usa um MTI todas as noites (norma descritiva da comunidade).
- Nos resultados da regressão logística, os factores ideacionais mais importantes associados à utilização consistente de MTI incluíam a percepção de auto-eficácia para utilizar mosquiteiros, atitudes favoráveis em relação à utilização de mosquiteiros, conhecimento dos MTI como método de prevenção da malária, atitudes equitativas de género em relação à utilização de MTI e normas descritivas de apoio da comunidade.
- A maioria dos MTIs (85%) foi lavado pelo menos uma vez e foi lavado principalmente com sabão em barra (52%). Após a lavagem, 63% dos mosquiteiros foram secos à sombra.
- Os comportamentos de cuidado com os MTIs variaram muito, com os inquiridos a reportarem que enrolam ou amarram os MTIs quando não estão a ser utilizados (45%), que lavam os MTIs suavemente (15%) e que manuseiam os MTIs com cuidado (24%).

Consumo dos meios de comunicação social

- Mais de um terço dos inquiridos (35%) possuía um telemóvel ou vivia num agregado familiar com rádio (36%), enquanto pouco mais de metade vivia num agregado familiar com televisão (45%).
- Cerca de 35% dos inquiridos ouviam rádio pelo menos uma vez por semana e cerca de 51% viam televisão pelo menos uma vez por semana.
- Vinte e oito por cento dos inquiridos afirmaram ter visto ou ouvido uma mensagem sobre a malária nos seis meses anteriores ao inquérito, enquanto apenas 17% conseguiram completar o slogan da campanha.

Recomendações

Procura de cuidados para a febre em crianças com menos de cinco anos

- O comportamento de procura de cuidados é moderado, com 75% dos prestadores de cuidados que tiveram uma criança com menos de cinco anos com febre nas duas últimas semanas a declarar tratamento imediato (no mesmo dia ou no dia seguinte) e adequado (unidade de saúde/prestador de cuidados).
- A procura rápida e adequada de cuidados pode ser aumentada por actividades de MSC que promovam o conhecimento completo da procura de cuidados e a percepção de que a medicação para a malária está disponível nas unidades de saúde, uma vez que estes foram os dois factores mais significativamente associados ao comportamento relatado. Uma vez que ambos os factores eram baixos entre a população inquirida, há margem para melhorias.
- Para promover comportamentos de procura de cuidados, a disponibilidade percebida (e real) de produtos de cuidados contra a malária é importante. Os programas de MSC podem criar percepções mais positivas dos prestadores de cuidados de saúde entre as comunidades, abordando as crenças de que os prestadores de cuidados de saúde nem sempre têm os produtos necessários. Isto tem de ser complementado com medidas para reforçar a gestão da cadeia de abastecimento para garantir a disponibilidade de produtos como Testes de Diagnostico Rápido (TDR) e terapias combinadas de primeira linha à base de artemisinina (ACT).

Malária na gravidez

- As mulheres da província do Cuanza Norte e das zonas rurais eram as que tinham menos probabilidades de referir ter efectuado quatro ou mais consultas de CPN (e ter recebido três ou mais doses de SP), e menos de metade das mulheres referiu ter iniciado os CPN no primeiro trimestre.
- Com base nos resultados da regressão logística, a intenção das mulheres de procurar quatro ou mais consultas de CPN e de iniciar o CPN precocemente pode ser reforçada através da promoção de conhecimentos completos sobre CPN e TIP, apoiando o desenvolvimento de percepções favoráveis sobre os profissionais de saúde e CPN através de intervenções centradas no utente e no prestador, e melhorando a confiança (auto-eficácia) das mulheres para completar quatro consultas de CPN, ajudando-as a ultrapassar barreiras no seu contexto real.
- Além disso, a intenção das mulheres de iniciar precocemente os CPN pode ser melhorada aumentando a percepção da susceptibilidade à malária e aumentando a proximidade dos serviços de saúde às mulheres.

Utilização e cuidados com os MTI

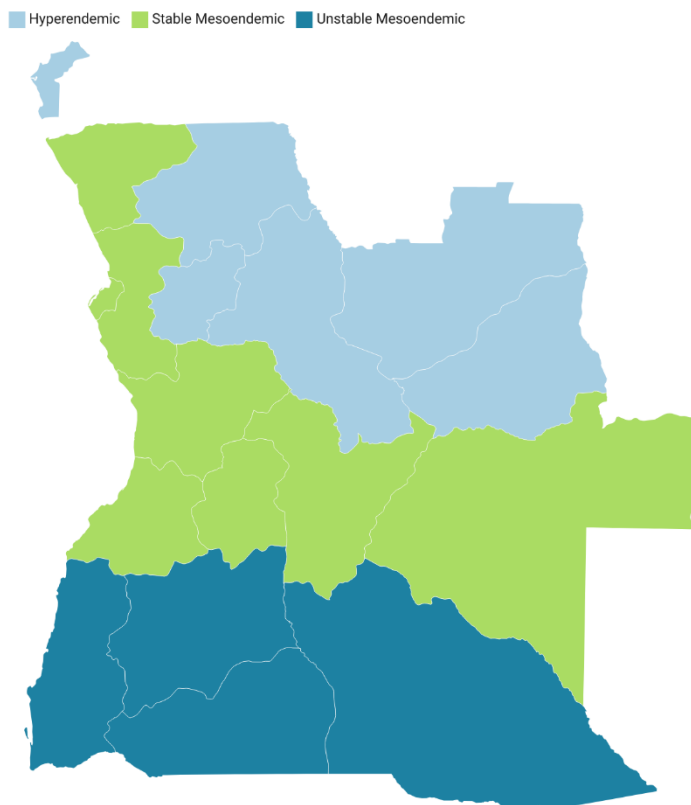
- O rácio utilização/acesso aos MTI foi moderado, de 0,74, indicando que, das pessoas com acesso a um MTI no seu agregado familiar, cerca de 74% utilizaram um MTI na noite anterior. Como tal, tanto o acesso como os comportamentos podem ser melhorados.
 - É importante aumentar o acesso dos agregados familiares aos MTI através de actividades de distribuição.
- Com base nos resultados da regressão logística, para melhorar o uso consistente de MTIs (todas as noites da semana), os programas de MSC podem
 - Aumentar as percepções de auto-eficácia na utilização dos MTI, promovendo informações sobre a facilidade de utilização.
 - Aumentar os conhecimentos sobre os MTI como método de prevenção da malária através de actividades de comunicação.
 - Criar e manter normas comunitárias positivas relativamente à utilização dos MTI através de modelos de utilização dos MTI pelos líderes comunitários e pessoas influentes.
 - Fomentar atitudes positivas em relação aos MTI, promovendo os benefícios da sua utilização.
- Os comportamentos de cuidado dos MTI, como atar ou dobrar os mosquiteiros quando não estão a ser utilizados, podem ser melhorados através do aumento das atitudes positivas em relação aos cuidados a ter com os MTI, com testemunhos que referem que vale a pena o tempo e o esforço para cuidar dos MTI, para que estes possam durar o máximo de tempo possível.
- Demonstrar as práticas recomendadas de lavagem dos MTI, que incluem a lavagem dos MTI com pouca frequência, com cuidado e com sabão suave, e a secagem dos MTI à sombra, uma vez que também é possível melhorar estas práticas importantes.

Introdução

Contexto da malária em Angola

Angola está localizada na África Austral, fazendo fronteira com a República Democrática do Congo, a Namíbia e a Zâmbia. A população foi estimada em 34.795.287 em 2023 (Instituto Nacional de Estatística de Angola [INE], Estimativas da População, 2014-2050), com 64% da população com menos de 25 anos e 17% da população com menos de cinco anos de idade. Angola tem um elevado grau de urbanização em relação a outros países de África, com uma população urbana de 67%. Um relatório recente do Banco Mundial (2021) indica que a taxa de mortalidade materna (estimada) é de 222 mortes por 100.000 nados vivos³; a mortalidade de menores de 5 anos é de 69 mortes por 1.000 nados vivos⁴; e a mortalidade neonatal é de 27 mortes por 1.000 nados vivos⁵.

Figura 1. Zonas de Transmissão da Malária (Fonte: PMI Angola)



De acordo com o Relatório Mundial sobre a Malária da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2022, Angola é responsável por 3,4% dos casos de malária e 2,4% das mortes por malária a nível mundial, o que faz de Angola um dos cinco países que representam mais de metade do fardo global da malária em termos de casos e mortes por malária. Embora toda a população angolana esteja em risco de contrair malária, a transmissão da malária em Angola está sujeita a uma heterogeneidade geográfica significativa, com diferentes áreas a sofrerem uma transmissão hiperendêmica, mesoendêmica estável e mesoendêmica instável. As províncias do Nordeste representam a maior parte do fardo da malária no país e registam uma hiperendemia com um pico de transmissão primária de março a maio e um pico secundário em outubro e novembro. Em 2022, registaram-se 9,2 milhões de casos de malária, dos quais 32,5% em crianças com menos de cinco anos e 3% em mulheres grávidas.⁶

O Inquérito Demográfico e de Saúde de 2016 mostrou que apenas 37% dos agregados familiares tinham pelo menos um MTI, mas a utilização de MTI nos agregados familiares, dado o acesso, era elevada em áreas de elevada incidência de malária, incluindo províncias hiperendêmicas (93%) e províncias

³ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=AO>

⁴ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=AO>

⁵ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT?locations=AO>

⁶ Dados anuais do Programa Nacional de Controlo do Paludismo DHIS2

mesoendémicas estáveis (88%). A procura de cuidados imediatos para a febre (nas 24 horas seguintes ao início) em crianças com menos de cinco anos foi de 27%, e o número de mulheres que receberam pelo menos uma dose de TIP durante a sua última gravidez nos últimos dois anos foi de 56%, enquanto apenas 20% das mulheres grávidas receberam pelo menos três doses.⁷

Intervenções contra a malária em Angola

Desde a sua criação no seio da Direção Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde, o PNCM tem dado passos significativos no sentido de reduzir o fardo de malária em Angola. O PNCM trabalha em colaboração com os principais parceiros, incluindo a USAID, a PMI, liderada pela USAID e implementada em conjunto com os Centros de Controlo e Prevenção Doenças dos EUA, o Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária (GFATM), Banco Mundial, OMS, *Roll Back Malaria*, e a UNICEF para assegurar a gestão adequada dos casos e a distribuição de produtos essenciais para a malária em Angola, tais como ACT, SP, artesunato parenteral, MTI, TDR, e material de laboratório para microscopia.

O Plano Estratégico Nacional contra a Malária (PENM) 2021-2025, elaborado pelo PNCM, visa reduzir a morbilidade e a mortalidade relacionadas com a malária em 40 e 50%, respetivamente, até 2025, em relação aos valores de referência de 2020, através de seis objectivos estratégicos - incluindo metas para a prevenção, diagnóstico e tratamento da malária, vigilância epidemiológica, promoção de comportamentos favoráveis, eliminação da malária e gestão e governação. Especificamente para a prevenção da malária, o PENM visa proteger pelo menos 80% da população em risco de contrair a malária com intervenções eficazes de prevenção da malária através de uma estratégia integrada de gestão dos vectores. As principais actividades incluem a vigilância dos vectores, a distribuição contínua e em massa de MTI nas províncias angolanas com elevada incidência, tendo a mais recente distribuição em massa de MTI ocorrido em 2022-2023. De acordo com as políticas nacionais, todas as mulheres grávidas devem receber um MTI durante a gravidez para sua protecção, embora a implementação desta intervenção varie. O PNCM também implementa campanhas anuais de pulverização intra-domiciliária ao longo da fronteira Angola-Namíbia na província do Cuando-Cubango, monitorização contínua dos produtos da malária, divulgação de directrizes para o tratamento da malária e formação dos profissionais de saúde. O PNCM também efectua avaliações, tais como o Inquérito de Indicadores da Malária (IIM) e investigação de implementação, incluindo estudos entomológicos utilizando sítios sentinela.

O PNCM aprovou e integrou a campanha de sensibilização da *Roll Back Malaria*, "Zero Malária Começa Comigo" (ZMCC), na sua estratégia de mudança social e comportamental (MSC). A campanha multicanal integrada centra-se em três comportamentos relacionados com a malária: utilização correcta e consistente de redes mosquiteiras; procura imediata de cuidados para a febre entre as crianças com menos de cinco anos de idade; e adoção de um mínimo de três ou mais doses de TIP-SP na gravidez. O ZMCC emprega várias estratégias, incluindo uma campanha geral, comunicação nos meios de comunicação de massa e comunicação interpessoal. No âmbito da estratégia abrangente de MSC do PNCM, a campanha do ZMCC promove comportamentos relacionados com a malária entre a população em geral. A ZMCC utiliza os meios de comunicação de massa através de spots televisivos, integrados com mensagens sobre a COVID, anúncios em outdoors nas estradas e comunicação digital de massa através do Facebook e de outras plataformas de redes sociais. A comunicação interpessoal não foi utilizada durante a pandemia da COVID-19, mas foi reiniciada em 2022.

⁷ Inquérito Demográfico e de Saúde de Angola, 2016.

Fundamentação para o estudo do inquérito sobre os determinantes comportamentais relacionados com a malária em Angola

A investigação demonstra cada vez mais o papel eficaz dos programas de MSC no aumento da prevalência de comportamentos de saúde positivos relacionados com a prevenção e tratamento da malária. Por exemplo, os programas de MSC precisam de visar os factores ideacionais específicos que influenciam decisões relacionadas com comportamentos ligados à malária. Os dados nacionais e provinciais existentes, incluindo estudos como o Inquérito Demográfico de Saúde (IDS) e IIM, concentram-se em grande parte na prevalência de indicadores de comportamento relevantes, mas fornecem informações limitadas sobre determinantes de comportamento.

O MBS fornece dados representativos a nível provincial com ênfase em factores ideacionais que não estão incluídos em grandes inquéritos nacionais. Estes dados podem ser usados para:

1. Estimar a prevalência de ambos os comportamentos e respectivos factores de ideação;
2. Estimar as associações independentes e combinadas de características ideacionais em factores e comportamentos; e
3. Identificar perfis ideacionais com base em padrões subjacentes entre grupos para examinar como a pertença a segmentos ideacionais se correlaciona com os comportamentos correspondentes.

O PNCM e os parceiros estão empenhados em utilizar actividades relacionadas com a MSC nas suas intervenções de saúde pública. Estas análises ajudarão os programas da malária e os decisores políticos a criar e a dar prioridade aos segmentos de público e a desenvolver actividades de MSC adaptadas e baseadas em provas, ao mesmo tempo que informam o desenvolvimento da Estratégia de MSC do PNCM 2023-2028.

Compreender estes comportamentos e percepções é fundamental para fornecer intervenções orientadas e informar as estratégias nacionais actuais e futuras, para melhorar o envolvimento político, do sector privado e das comunidades, em que as pessoas são capacitadas para se apropriarem dos esforços de prevenção e controlo da malária. O MBS também fornece feedback sobre a eficácia e a recordação das campanhas, incluindo o reconhecimento do slogan e as fontes de informação.

Metas e Objectivos do Apoio ao Orçamento Desportivo de Angola

O objetivo do estudo MBS é duplo:

1. Proporcionar uma melhor compreensão das características sócio-demográficas e ideacionais associadas aos resultados comportamentais relacionados com a malária em Angola; e
2. Informar as actividades de MSC concebidas para melhorar os resultados ideacionais e comportamentais relacionados com a malária para atingir estes objectivos em Angola.

Os objectivos específicos do MBS incluem:

1. Determinar os factores ideacionais relacionados com a utilização de redes mosquiteiras tratadas, a aceitação do TIP e a procura de cuidados e tratamento de casos de malária em crianças;
2. Compreender as razões para não adotar comportamentos de prevenção e tratamento da malária; e

3. Determinar o foco de futuros programas concebidos para promover comportamentos adequados de prevenção e tratamento da malária em Angola.

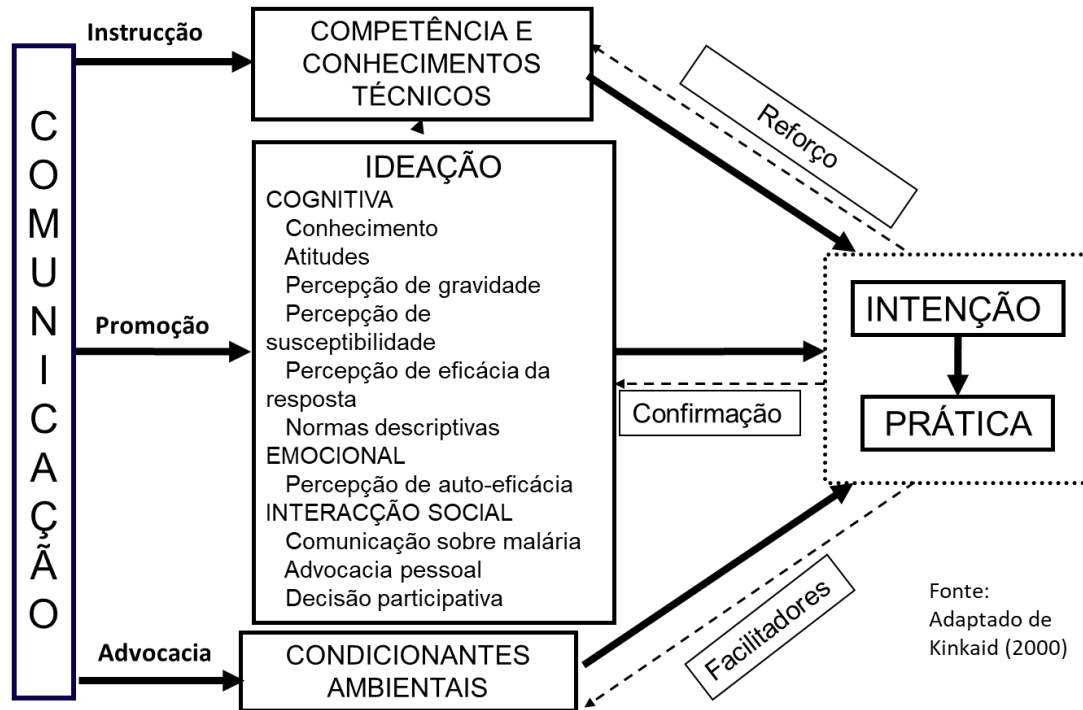
Dado o âmbito deste estudo, é também necessário avaliar a prevalência de comportamentos relacionados com a malária. Isto inclui a utilização correcta e consistente dos MTI, a utilização do TIP e o tratamento imediato e adequado da malária nas crianças. O MBS tem capacidade para detetar comportamentos auto-relatados a nível provincial e foi especialmente concebido para avaliar a associação destes comportamentos com factores ideacionais.

Modelo Conceptual

O quadro concetual do MBS é o modelo de ideação para comunicação estratégica e mudança de comportamento, um modelo preditivo de mudança de comportamento que se concentra nas múltiplas variáveis psicossociais inter-relacionadas que normalmente influenciam o comportamento individual. Como se mostra na figura abaixo, o modelo de ideação reconhece que a maioria das decisões comportamentais é impulsionada por múltiplos factores psicossociais, muitas vezes em simultâneo.

O modelo de ideação tem três componentes, cada um dos quais inclui vários elementos: i) elementos cognitivos, que incluem variáveis como atitudes, crenças, valores, risco percebido, normas subjectivas, autoimagem; ii) elementos emocionais, que incluem variáveis de resposta emocional, empatia e auto-eficácia; e iii) elementos sociais, que incluem variáveis de apoio e influência social, comunicação com o cônjuge e defesa pessoal. Estas variáveis funcionam como factores de risco para a doença, mas de uma forma positiva: quanto mais destas variáveis ideacionais se aplicarem a uma pessoa, maior é a probabilidade de essa pessoa adotar o comportamento. Estas variáveis ideacionais são também influenciadas pela comunicação, quer seja através da interação social, dos meios de comunicação social ou da comunicação interpessoal. Os factores funcionam tanto individualmente como em sinergia para influenciar os resultados em matéria de saúde. A investigação demonstrou a relação entre a ideação e o comportamento em relação à malária, incluindo a utilização de MTI, TIP e a procura de cuidados entre as crianças com menos de cinco anos.

Figura 2. Modelo de Ideação de Comunicação Estratégica e Mudança de Comportamento



Glossário de termos utilizados no MBS

- **A suscetibilidade percebida** é a crença de que se é suscetível de ser afetado pela malária.
- **A percepção da gravidade** é a percepção de que as consequências da malária são graves.
- **A percepção da eficácia da resposta** é a convicção de que as ações recomendadas (por exemplo, procura rápida de cuidados, utilização e cuidado de MTI, aceitação da pulverização intravenosa e adoção de TIP) ajudarão uma pessoa a evitar ou minimizar a ameaça da malária
- **A auto-eficácia percebida** é uma crença na capacidade de um indivíduo para tomar medidas relacionadas com a redução da malária.
- **As normas descritivas** são as percepções do que as outras pessoas fazem.
- **As normas coercivas** são as percepções dos comportamentos que seriam aprovados ou desaprovados pelos outros.
- **A comunicação interpessoal sobre a malária** é a discussão com outras pessoas sobre tópicos relacionados com a malária (por exemplo, prevenção, procura de cuidados e tratamento).
- **A participação na tomada de decisões** é o envolvimento ativo de uma pessoa nas decisões relacionadas com os cuidados de saúde.

Atitudes equitativas de género são a ausência de atitudes discriminatórias em relação a rapazes ou raparigas no que diz respeito à prevenção ou tratamento da malária

Metodologia

O MBS é um inquérito transversal com representação a nível provincial. Esta secção descreve os as metodologias do estudo, incluindo a concepção do inquérito, a amostragem, a recolha e análise de dados e a ética da investigação.

Concepção do inquérito

O MBS é um inquérito transversal aos chefes de família, mulheres e homens seleccionados aleatoriamente, entrevistados através de questionários estruturados (um para cada grupo de participantes no estudo). O estudo foi representativo a nível provincial e realizado nas províncias do Zaire, Lunda Sul e Cuanza Norte. Os participantes foram seleccionados através de um processo com várias etapas que consiste em i) probabilidade proporcional à seleção do tamanho das áreas de enumeração com base no tamanho da população; ii) uma seleção aleatória de agregados familiares elegíveis; e iii) seleção de todos os indivíduos elegíveis. Esta concepção permite que os resultados do estudo sejam generalizáveis para informar actividades programáticas destinadas a melhorar os resultados comportamentais e ideacionais relacionados com a malária.

Amostragem

Dimensão da amostra e justificação

A dimensão da amostra foi estimada para medir resultados relevantes relacionados com a malária e relacionados com a utilização de redes mosquiteiras, incluindo a utilização de redes mosquiteiras pelos cuidadores, a utilização de redes mosquiteiras entre as crianças e a prevalência de atitudes positivas relativamente à utilização regular de redes mosquiteiras. A prevalência de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro não estava disponível (o inquérito mais recente foi o IDS em 2015-2016), mas foi realizada uma campanha recente de distribuição em massa de MTI em 2022, pelo que se assumiu que este valor era de pelo menos 80%. O uso de mosquiteiros foi obtido a partir do IDS de 2015-2016 e variou por região (Cuanza Norte: 58%, Zaire: 80%). Como não há estimativas nacionais para atitudes positivas em relação ao uso consistente de mosquiteiros, assumimos que este indicador é de 50%; este nível de prevalência proporcionou-nos uma variabilidade máxima e um tamanho de amostra mais do que adequado. A seguinte fórmula foi aplicada para estimar a dimensão da amostra necessária:

$$n = d \times \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 * p(1-p)}{\delta^2 \times R_h \times R_i \times CF}$$

Onde:

- n é a amostra necessária de indivíduos (por exemplo, mulheres) com as características desejadas, por província.
- Z é o valor Z correspondente ao nível de confiança pretendido. Assume-se um $Z=1,96$, o que corresponde a 95% do nível de confiança.
- d é o efeito do projeto devido ao desvio da amostragem aleatória simples; assume-se que é 2,0).

- p é o indicador estimado (esperado), por exemplo, % de mulheres grávidas que dormiram sob um MTI na noite anterior; baseado no IDS 2015-2016 e variou entre 64,7% no Cuanza Norte e 80% na Lunda Sul.
- δ representa a margem de erro pretendida. Para o cálculo da dimensão da amostra do estudo, assume-se que $\delta = 5\%$.
- R_h é a taxa de resposta dos agregados familiares. Assume-se que é de 90% para este parâmetro.
- R_i é a taxa de resposta das mulheres nos agregados familiares seleccionados. Assume-se um valor de 96% para este parâmetro.
- CF é o fator de correção adicional para ter em conta a posse de, pelo menos, um mosquiteiro por parte do agregado familiar; assume-se que é de 60% com base na recente distribuição em massa de MTI.

Para atingir o tamanho de amostra desejado, em cada província foi seleccionado um total de 139 áreas de enumeração (20 agregados familiares por área de enumeração) para inclusão no estudo, para um tamanho de amostra final de 2.780 agregados familiares. Esta dimensão da amostra teve em conta a potencial não resposta ao nível dos agregados familiares e dos indivíduos. Também forneceu uma amostra representativa a nível provincial e permite o cálculo de uma estimativa válida de indicadores-chave do comportamento da malária. Com base no IDS de Angola 2015-2016, o número de mulheres em idade reprodutiva por agregado familiar variou entre 1,16 no Cuanza Norte e 1,29 no Zaire, e todas as mulheres elegíveis foram seleccionadas para o questionário das mulheres. Num terço dos agregados familiares, o estudo também seleccionou o parceiro masculino da mulher em idade fértil para participar no questionário. A unidade de medida para o tamanho da amostra é o agregado familiar. O tamanho final da amostra nas três províncias foi de 2.780 agregados familiares, incluindo 2.780 chefes de família, 927 homens e 3.400 mulheres.

Critérios de inclusão e exclusão de participantes

Critérios de inclusão:

- Indivíduos em idade fértil, definida neste estudo como mulheres entre 15 e 49 anos e homens entre 18 e 59 anos.
- Residentes permanentes⁸ do agregado familiar seleccionado.
- Capacidade de comunicar em português, Kikongo, Tchokwe ou Kimbundu.
- Para os participantes do sexo masculino, ser parceiro de uma mulher elegível e entrevistada.

Critérios de exclusão:

- Incapacidade de dar o seu consentimento para participar no estudo.
- Incapacidade de compreender as perguntas e/ou de responder de forma inteligível.

Seleção de clusters

A equipa de estudo obteve uma lista completa das áreas de enumeração (AE), para a seleção das AE de estudo com a ajuda do PNCM, das administrações municipais e dos governos provinciais. Cada uma das três províncias foi dividida em dois estratos: urbano e rural ("Urbano" é definido como comunidades

⁸ Os residentes regulares são aqueles que permanecem no agregado familiar e se consideram parte dele

designadas como urbanas ou peri-urbanas pelas administrações municipais e pelo governo provincial). A partir de cada estrato, o número de AE foi seleccionado utilizando a probabilidade proporcional ao tamanho. Foi seleccionado um total de 139 AE.

Em cada AE seleccionada, o estudo começou com a obtenção da aprovação dos líderes comunitários e actualização do esboço do mapa com a ajuda destes líderes ou das partes interessadas locais do Ministério da Saúde.

Seleção dos agregados familiares

A equipa de estudo realizou um recenseamento dos agregados familiares nas AE seleccionadas utilizando um formulário de listagem de agregados familiares. Para este inquérito, um agregado familiar foi definido como um grupo de pessoas que residem regularmente nas mesmas unidades de habitação e partilham refeições. Os agregados familiares elegíveis eram os que tinham uma mulher em idade fértil (15-49). Uma vez concluída a listagem dos agregados familiares, a equipa de estudo seleccionou aleatoriamente 20 agregados familiares da lista de agregados familiares elegíveis no agrupamento, entrevistando cada "enésimo" agregado familiar com base no número de agregados familiares no agrupamento e começando com um número aleatório gerado por computador para iniciar a seleção. Foi incluída uma lista de substituição de seis agregados familiares se alguns deles se recusassem a participar no inquérito ou não estivessem disponíveis apesar das tentativas de os contactar.

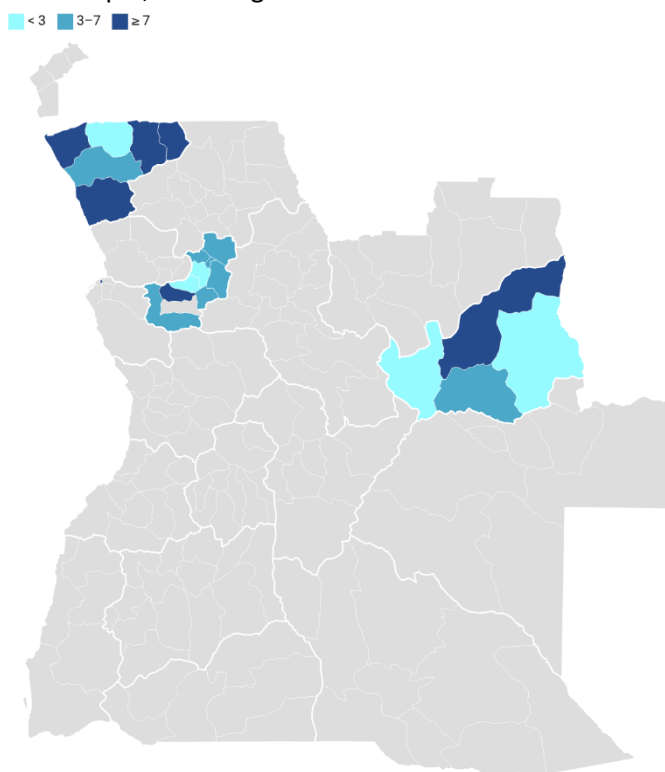
Seleção de indivíduos

Para o questionário do agregado familiar, os entrevistadores identificaram um homem ou mulher adulto residente, com idade igual ou superior a 18 anos, que tivesse conhecimentos sobre o agregado familiar, obtiveram o consentimento informado por escrito e aplicaram o questionário do agregado familiar. Para o questionário individual com as mulheres, todas as mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos foram seleccionadas para as entrevistas. Em cada três agregados familiares, o marido/companheiro de uma mulher foi seleccionado para uma entrevista. Nos casos em que havia mais do que uma mulher em união de facto num agregado familiar, o entrevistador seleccionava aleatoriamente um marido/companheiro. Se a mulher tivesse entre 15 e 17 anos de idade, não fosse casada e não tivesse filhos, era obtida a autorização dos pais e o consentimento do menor antes de ser entrevistada.

Amostra final obtida

A amostra final do inquérito incluía 3 148 agregados familiares, 785 homens e 3476 mulheres, num total de 4261 inquiridos e 7 409 questionários. Estes números estavam dentro do intervalo necessário, dado

Figura 3. Número de Áreas de Enumeração por Município, MBS Angola 2023



que o cálculo da amostra pressupunha uma taxa de recusa de 10% a nível do agregado familiar e de 5% a nível individual. Entre os agregados familiares com inquiridos elegíveis disponíveis quando a equipa no terreno esteve na sua comunidade, menos de 1% recusou participar.

Recolha e análise de dados

Instrumentos de recolha de dados

O questionário do agregado familiar explorava as características do agregado familiar, como a posse de bens e uma lista de todos os mosquiteiros utilizados. Tanto os questionários das mulheres como os dos homens incluíam módulos que avaliavam a utilização, os cuidados e a eliminação dos mosquiteiros; percepções dos serviços de saúde; e factores ideacionais, incluindo conhecimentos, gravidade percebida, vulnerabilidade percebida, eficácia percebida das respostas prescritas, atitudes, auto-eficácia percebida, normas, interacções e influências sociais e resposta emocional relacionada com os comportamentos em relação à malária. Ambos os questionários também exploraram a recordação ou a participação em intervenções de comunicação relacionadas com a malária. Os questionários das mulheres também exploraram os CPN e a recepção de TIP-SP entre as mulheres que tiveram um nascimento vivo nos últimos dois anos, bem como a procura de cuidados e a receção de tratamento adequado para crianças que tiveram febre nas últimas duas semanas. Por último, uma vez que a intenção é um importante precursor de comportamentos em muitas teorias de mudança de comportamentos de saúde, os questionários das mulheres exploraram a intenção de procurar CPN e de tomar TIP numa futura gravidez, bem como a intenção de procurar cuidados para uma criança com menos de cinco anos com febre no futuro. Os instrumentos do MBS, juntamente com guias e modelos, podem ser encontrados em www.malariabehaviorsurvey.org.

Recolha de dados

A Breakthrough ACTION, liderada pelo Johns Hopkins Center for Communication Programs, trabalhou com a The Mentor Initiative, uma ONG sediada no Reino Unido com uma vasta experiência em Angola. A Breakthrough ACTION criou versões digitais dos questionários usando o Kobo. O PNCM, o pessoal da Mentor e o pessoal da Breakthrough ACTION co-facilitaram uma formação de cinco dias para a recolha de dados, com um dia adicional para pilotar o estudo no terreno. Doze equipas de três a quatro enumeradores e os seus respectivos supervisores realizaram o trabalho de campo de fevereiro a abril de 2023. Durante este período, a Breakthrough ACTION, bem como o pessoal do PNCM, visitaram as equipas no terreno para acompanhar o seu progresso e prestar o apoio necessário. Os dados foram analisados diariamente pelo pessoal da Breakthrough ACTION, bem como pelos supervisores de dados. A Breakthrough ACTION, o NMCP e o PMI reuniram-se semanalmente para discutir o progresso do trabalho no terreno.

Procedimentos de análise de dados

Os factores estruturais avaliados nas análises incluíram o género, o nível de escolaridade, o índice de riqueza, o acesso a instalações de saúde e a residência urbana/rural. Os factores ideacionais explorados incluíram os conhecimentos sobre a malária, as atitudes, as percepções de risco (isto é, gravidade e suscetibilidade), a eficácia e a auto-eficácia da resposta, as atitudes da comunidade ou do género, as percepções da prestação de serviços (trabalhadores da comunidade e das unidades sanitárias, bem como das unidades sanitárias em geral) e a discussão sobre a malária.

Os factores ideacionais são analisados como variáveis compostas que são avaliadas utilizando uma bateria de perguntas relacionadas para captar as várias dimensões da construção ideacional específica ao longo de uma escala. O conhecimento completo e a auto-eficácia foram definidos como tendo respostas correctas a todas as perguntas relevantes. Para as perguntas que avaliam as atitudes ou percepções, as variáveis foram recodificadas como +1 para uma percepção ou atitude positiva, -1 para uma falta de percepção ou atitude positiva e 0 para respostas "não sei". As pontuações foram depois somadas para obter um índice de percepções e atitudes. Os inquiridos com uma pontuação superior a zero foram considerados como tendo percepções ou atitudes favoráveis. Todas as perguntas que constituem as variáveis compostas, bem como a sua percentagem na população, podem ser consultadas nas tabelas em anexo. A comunicação interpessoal foi codificada como "sim" se o inquirido se envolvesse em discussões relacionadas com a malária com um cônjuge/parceiro ou família/amigos. Todos os factores ideacionais são definidos com mais pormenor no glossário do MBS que se encontra no apêndice.

Os principais resultados comportamentais foram definidos da seguinte forma:

- Utilização de redes disponíveis em casa na noite anterior pelos membros do agregado familiar
- Utilização consistente de uma rede pelos inquiridos todas as noites da semana
- Cuidar das redes, atando-as ou dobrando-as quando não estão a ser utilizadas e utilizando métodos de lavagem adequados
- Frequência de CPN entre as mulheres que estiveram grávidas nos últimos 2 anos
- Utilização do TIP entre as mulheres que estiveram grávidas nos últimos 2 anos
- Intenção de comparecer precocemente aos CPN entre as mulheres que planeiam uma futura gravidez
- Intenção de tomar TIP entre as mulheres que planeiam uma futura gravidez
- Procura rápida e adequada de cuidados para crianças que tiveram febre nas últimas 2 semanas, definida como a procura de tratamento no mesmo dia ou no dia seguinte ao início da febre numa unidade de saúde ou junto de um ADECOS.

Foram utilizadas tabulações cruzadas e análises de regressão multivariável para examinar as relações entre factores estruturais, factores ideacionais e resultados de interesse. Note-se que utilizamos o termo "factores estruturais" em vez de características sociodemográficas porque as análises epidemiológicas transmutam tipicamente os factores relacionais e estruturais (por exemplo, classe social, riqueza, educação, acesso a recursos e género) em factores de nível individual (referidos como características de fundo ou sociodemográficas), o que coloca o ónus no indivíduo e não nas políticas e sistemas que determinam quem tem acesso a quê e em que circunstâncias. A programação da MSC deve abordar as estruturas que criam desvantagens para alguns e privilégios para outros. Um primeiro passo é nomear corretamente estes factores.

Foram analisadas estatísticas descritivas para examinar as covariáveis estruturais, ideacionais e comportamentais. Os resultados descritivos são fornecidos como estimativas populacionais ponderadas. Todos os IC foram calculados ao nível de 95% e ajustados para o desenho do inquérito agrupado utilizando a abordagem de linearização de Taylor. As associações bivariadas entre os resultados primários de interesse e as principais variáveis explicativas de interesse foram primeiro examinadas utilizando regressões logísticas bivariadas e foram incluídas em modelos multivariados apenas quando se verificou que estavam significativamente associadas ($p < 0,2$) ao resultado ao nível bivariado (não ajustado). Foram desenvolvidos modelos de regressão multivariada para avaliar a associação de covariáveis ideacionais, controlando factores estruturais como a região e a residência, e as variáveis com significância ($p \leq 0,05$)

estão assinaladas neste relatório. A adequação do modelo foi avaliada através do teste de adequação de Hosmer-Lemeshow. Estes modelos de regressão multivariada são úteis para identificar variáveis potencialmente modificáveis a que os programas podem dar prioridade para alterar os resultados comportamentais. Estes resultados são transversais, o que produz evidência de correlações ou associações, mas exclui conclusões causais. Os resultados foram compilados e a análise efectuada utilizando o Stata SE 16 (Stata corporation).

Ética na investigação

Os protocolos e instrumentos do estudo foram aprovados pelos comités de revisão institucional da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (IRB No.:21221) e pelo Comité de Ética do Ministério da Saúde (4/C.E.M.S/2023). Todos os membros do projeto receberam formação sobre os protocolos de estudo aprovados e a ética da investigação. Todos os participantes do estudo forneceram um consentimento informado assinado depois dos colectores de dados formados terem explicado o objetivo do inquérito, os tipos de perguntas que seriam feitas, os riscos potenciais associados à participação no inquérito e as medidas que a equipa do estudo tomará para proteger a confidencialidade dos participantes. Além disso, os colectores de dados explicaram que os participantes não eram obrigados a participar no estudo, que podiam decidir, a qualquer momento, interromper a entrevista e que não precisavam de responder a quaisquer perguntas que não quisessem. Para proteger a identidade dos participantes, foram utilizadas alcunhas sempre que possível, em vez dos nomes legais. A folha de listagem dos agregados familiares numa determinada AE foi destruída quando a recolha de dados no agrupamento correspondente terminou. Os formulários de consentimento/assentimento assinados foram sempre guardados em locais seguros.

Resultados

Os resultados do inquérito são apresentados nas seguintes secções: descrição da amostra, factores ideacionais transversais, tratamento de casos de febre em crianças com menos de cinco anos, malária na gravidez, utilização de MTIs e consumo de meios de comunicação e exposição a mensagens sobre a malária. Apenas as diferenças estatisticamente significativas ao nível de $p < 0,05$ entre subgrupos são descritas neste relatório, enquanto todas as comparações de subgrupos são apresentadas nas tabelas correspondentes. Apenas os resultados estatisticamente significativos ao nível de $p < 0,05$ são discutidos nas análises multivariáveis, mas todos os resultados estão disponíveis nos quadros correspondentes.

Descrição da amostra

Características do agregado familiar

A Tabela 1 apresenta um resumo das características das habitações por província. Os agregados familiares inquiridos tinham uma média de cinco residentes e dois quartos de dormir. Enquanto a maioria dos agregados familiares tinha telhado acabado (83%), menos agregados familiares tinham paredes acabadas (36%) ou chão (32%), e 55% dos agregados familiares tinham eletricidade. Relativamente ao acesso aos serviços de saúde, pouco mais de metade (57%) dos agregados familiares estavam perto de um estabelecimento de saúde público (definido como estando localizado a cinco quilómetros ou menos, a menos de 30 minutos a pé ou a menos de 10 minutos de carro) ou de uma farmácia (47%) e menos de um terço (29%) estavam perto de um estabelecimento de saúde privado. Quase dois terços da população do estudo viviam em zonas urbanas (63%) e pouco mais de um terço (37%) em zonas rurais, o que reflecte a elevada urbanização do país. Muitos participantes possuíam terras (72%), mas menos de um quinto dos inquiridos possuía um motociclo (15%), gado (19%) ou smartphones (12%). Um terço dos inquiridos tinha acesso a um rádio (35%) e cerca de metade tinha acesso a telemóveis simples (51%) ou a televisores (46%).




Amostra de estudo	
	3 148 Agregados familiares
	785 Homens
	3 476 Mulheres

Tabela 1: Características da habitação, por província				
Distribuição percentual das características seleccionadas do agregado familiar por província, Angola 2023				
Característica	Cuanza Norte (N=1.229)	Lunda Sul (N=838)	Zaire (N=1.081)	Total (N=3.148)
Dimensão média dos agregados familiares	5,3	4,6	5,3	5,1
Número médio de quartos de dormir	2,3	2,1	2,4	2,3
% de agregados familiares com electricidade	37,0	65,2	68,8	55,4
% de agregados familiares perto* de uma unidade de saúde pública	39,1	62,5	73,5	57,1
% de agregados familiares perto* de um estabelecimento de saúde privado	11,6	47,4	33,6	28,7
% de agregados familiares perto* de uma farmácia	25,6	49,9	68,1	46,7
% de agregados familiares com pavimentos acabados	13,2	44,6	62,7	38,6

% de agregados familiares com telhados acabados	93,6	87,9	96,9	93,2
% de agregados familiares com paredes acabadas	22,7	40,8	46,9	35,8
Nota: *Próximo é definido como localizado a 5 quilómetros ou menos, a menos de 30 minutos a pé ou a menos de 10 minutos de carro				

Características da população

A distribuição por idade e sexo dos membros dos agregados familiares inquiridos, apresentada na Figura 4 abaixo, mostra uma pirâmide populacional triangular que reflecte a elevada taxa de fertilidade total de Angola (6,2 no IDS 2015-2016), a população em crescimento e um elevado rácio de dependência da população entre os 0 e os 14 em relação as pessoas em idade activa (15 aos 64 anos). A Tabela 2 apresenta um resumo das características sociodemográficas dos membros dos agregados familiares inquiridos. Um pouco mais de metade dos membros dos agregados familiares inquiridos eram mulheres (54%), e a maioria tinha menos de 18 anos (71%). Entre os inquiridos, especificamente, a maioria era do sexo feminino (85%) e tinha 25 anos ou mais (67%), o que reflecte o procedimento de amostragem do MBS para recrutar principalmente mulheres em idade reprodutiva. A maioria dos inquiridos era cristã (85%) e casada (66%) e não tinha completado o ensino primário (49%).

Figura 4. Pirâmide populacional dos agregados familiares, MBS Angola 2023

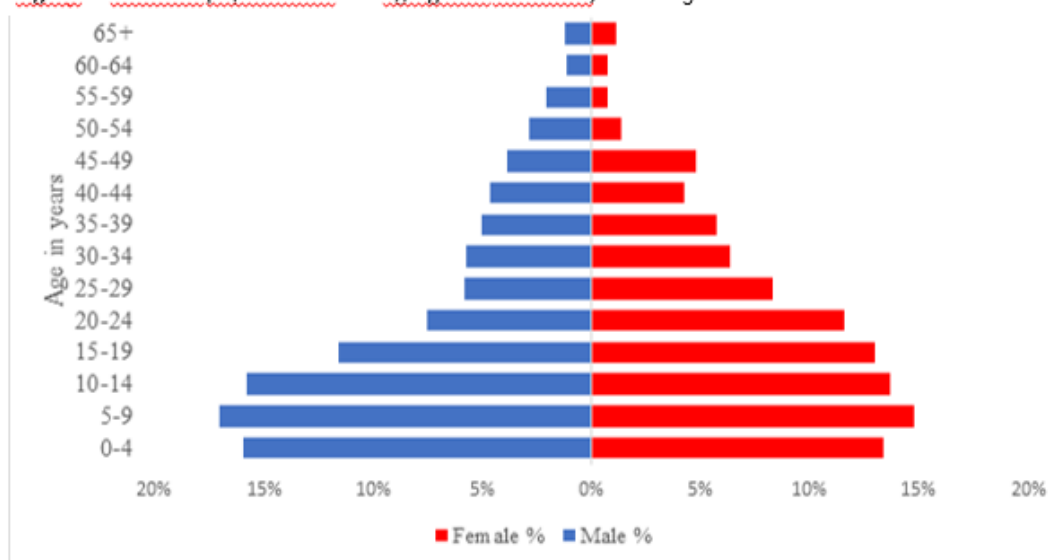


Tabela 2: Características sociodemográficas dos membros do agregado familiar				
Distribuição percentual das características sociodemográficas dos membros do agregado familiar por província, Angola 2023				
Característica	Cuanza Norte (N=6.529)	Lunda Sul (N=3.793)	Zaire (N=5.358)	Total (N=15.680)
Sexo***				
Feminino	52,1	55,3	52,8	53,2
Masculino	47,9	44,7	47,2	46,8
Residência**				
Rural	51,8	49,5	29,1	41,5
Urbano	48,2	50,5	70,9	58,5
Idade***				
0-4	16,5	11,8	14,5	14,5
5-17	40,3	35,6	38,2	38,3
18 anos ou mais	43,2	52,6	47,3	47,2
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Informações suplementares






As tabelas de dados adicionais relativo a esta secção são apresentadas no anexo.

- Tabela A.1.1 Características do agregado familiar
- Tabela A.1.2 Pertences do agregado familiar e quintil de riqueza
- Tabela A.1.3 Características sociodemográficas dos membros do agregado familiar
- Tabela A.1.4 Características sociodemográficas dos inquiridos

Factores Ideacionais Transversais

Esta secção destaca factores ideacionais transversais relacionadas com a malária em Angola. Isto inclui conhecimentos básicos sobre malária (transmissão, sintomas e prevenção), percepção de risco (isto é, gravidade e susceptibilidade) da malária, comunicação interpessoal sobre a malária, percepções dos profissionais de saúde (ADECOS e trabalhadores das unidades sanitárias) e atitudes equitativas de género relacionadas com a malária. Todos os resultados transversais provêm dos questionários individuais e estes foram administrados a homens e mulheres.

A Tabela 3 apresenta um resumo das taxas dos factores ideacionais transversais entre os inquiridos. Mais de metade (55%) tinha um conhecimento básico da malária (definido como saber que a febre é o principal sintoma, que os mosquitos causam a

Resumo factores ideacionais transversais	
Altamente prevalente (≥ 80%)	
	Percepções favoráveis dos profissionais de saúde das unidades sanitárias
	Percepção de atitudes equitativas de género
Menos prevalentes (≤ 40%)	
	Gravidade percebida da malária
	Comunicação sobre malária com o parceiro
	Comunicação interpessoal sobre com malária e amigos/família

malária, e listar pelo menos uma medida importante de prevenção da malária), mas as percentagens eram ligeiramente mais baixas entre os adolescentes de 15-24 anos (52%), os que não tinham educação formal (51%), e os inquiridos no Cuanza Norte (46%). Este conhecimento foi ligeiramente mais elevado entre os inquiridos na Lunda Sul (69%).

Pouco mais de metade dos participantes (54%) consideravam-se susceptíveis à malária, e isto era mais elevado entre os inquiridos no Zaire (63%) do que em Lunda Sul (34%). Isto variava consoante a idade, com os mais jovens (50%) e os mais velhos (44%) a terem percepções mais baixas da susceptibilidade à malária do que os grupos de meia-idade (60%). A percepção de susceptibilidade era menor entre os que tinham pelo menos o ensino primário (45%) em comparação com os que tinham o ensino secundário ou superior (63%).

Por outro lado, menos inquiridos (38%) consideraram que a malária era grave, embora esta percepção tenha aumentado entre os quintis de riqueza mais elevados (49% e 39% no quarto e quinto quintis, respectivamente) e entre os níveis de educação mais elevados (variando entre 33% para os inquiridos sem educação primária e 43% para os inquiridos com educação secundária ou superior). A percepção da gravidade apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários, sendo que os inquiridos mais jovens, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, têm percepções de gravidade mais elevadas (41%). Por último, os inquiridos do Zaire (41%) tinham percepções mais elevadas da gravidade da malária do que os da Lunda Sul (34%).

Entre os inquiridos com parceiros, a comunicação com o parceiro sobre malária era baixa, com menos de um quinto (16%) a ter falado de malária com o parceiro nos últimos seis meses. Isto aumentava com o aumento do quintil de riqueza (mais baixo: 14%, mais alto: 24%) e da educação (sem ensino primário: 12%, secundário ou superior: 25%), e era mais elevado entre os inquiridos no Zaire (22%). Foram observadas ligeiras diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários, com os inquiridos entre os 15 e os 34 anos a terem uma comunicação interpessoal sobre a malária mais elevada (17%) do que os inquiridos com mais de 35 anos (15%).

A comunicação interpessoal com a família e os amigos sobre a malária nos últimos seis meses entre todos os inquiridos também foi baixa (14%) e mostrou padrões semelhantes entre subgrupos como a comunicação interpessoal entre parceiros, incluindo aumentos com o aumento do quintil de riqueza (mais baixo: 8%, mais alto: 22%), educação (sem educação primária: 8%, secundária ou superior: 24%) e mais alto entre os inquiridos no Zaire (19%). Também foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as províncias, com os inquiridos do Zaire (19%) em comparação com o Cuanza Norte (10%) e entre os sexos, com os homens (22%) a relatarem mais comunicação interpessoal com amigos e familiares do que as mulheres (12%).

Muitos inquiridos (86%) tiveram percepções favoráveis em relação aos profissionais de saúde baseados nas unidades sanitárias, com diferenças estatisticamente significativas entre os residentes da Lunda Sul (82%) e do Zaire (93%). Há também uma diferença significativa notada entre a residência urbana e rural, com os residentes urbanos (87%) a terem percepções positivas mais elevadas do que os residentes rurais (84%).

A maioria dos inquiridos (83%) também percepcionou atitudes equitativas de género relacionadas com a malária, com variações observadas entre o quintil mais baixo (77%) e o mais alto (86%), bem como entre as províncias do Cuanza Norte (73%) e do Zaire (93%). Aumentos adicionais nas atitudes equitativas de

género podem ser vistos com o aumento da educação (primário não concluído: 79%, secundário ou superior: 90%) e quintil de riqueza (mais baixo: 78%, mais alto 86%).

Informações suplementares

As tabelas de dados adicionais relativos a esta secção são apresentadas em anexo.


- Tabela A.2.1: Conhecimentos correctos sobre malária
- Tabela A.2.2: Suscetibilidade percebida a malária
- Tabela A.2.3: Gravidade percebida da malária
- Tabela A.2.4: Comunicação interpessoal sobre a malária
- Tabela A.2.5: Percepções sobre os ADECOS
- Tabela A.2.6: Atitudes de género relacionadas com a malária

Tabela 3. Resumo dos factores ideacionais transversais

Percentagem de inquiridos que relataram factores ideacionais transversais relacionadas com a malária, por características sociodemográficas, Angola 2023							
Característica	Conhecimentos básicos sobre a malária (N=4.261)	Percepção da suscetibilidade à malária (N=4.261)	Gravidade percebida da malária (N=4.261)	Comunicação interpessoal relatada sobre malária com o cônjuge ou parceiro (N=2.865)	Comunicação interpessoal relatada sobre malária com amigos/família (N=4.261)	Percepções favoráveis dos profissionais de saúde das unidades sanitárias (N=4.261)	Percepção de atitudes equitativas de género relacionadas com medidas de prevenção e tratamento da malária (N=4.261)
Total (%)	55,1	54,2	37,8	16,3	13,5	85,7	82,7
Província	***	***	**	***	***	***	***
Cuanza Norte	46,1	53,1	37,6	13,6	9,6	81,6	73
Lunda Sul	69,4	45,8	34,3	13,6	11,6	82,5	82,8
Zaire	52,8	62,6	41,1	21,7	19,3	92,9	93
Sexo				***	***		
Feminino	54,9	53,3	38,4	14,3	12,1	85,5	82,7
Masculino	56,4	60	34,5	25,4	22,2	86,9	82,6
Grupo etário	*	**	*	*	***		
15-24	51,6	50,1	41,3	16,7	11,9	86,7	83,9
25-34	62,1	59,9	35,9	17,3	15,4	85,7	83,5
35-44	51,2	59,7	35,9	15,4	12,5	82,9	78,9
≥45	55,7	43,5	36	14,8	15,2	87,8	83,7
Residência						*	
Urbano	53,6	51,8	38,2	15,5	13,8	86,7	84
Rural	57,7	58,2	37,1	17,5	12,9	84,1	80,4
Educação	***	***	***	***	***		***
Primário não concluído	50,5	54,7	32,6	11,8	7,5	83,5	79,2
Primário	56	45,2	42,2	16,5	14,5	87	82,4

≥Secundário	63,2	63,2	43,2	25,3	24,1	88,7	89,6
Quintil de riqueza			***	***	***		***
Mais baixo	53,3	55,6	33,8	14	8,2	79,3	77,5
Segundo	50,3	56,4	28,9	12,4	6,7	84,4	79,8
Médio	55,6	52,6	37,8	13,9	14,1	88,7	82,3
Quarto	59	49,2	48,5	16,7	15,6	87,9	87,1
Mais alto	56,7	57,5	39	23,6	21,8	87,8	85,9
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001.							

Gestão de casos de malária para crianças com menos de cinco anos de idade

Comportamentos e intenções	
	Setenta e cinco por cento dos prestadores de cuidados de crianças com menos de cinco anos com febre procuraram cuidados imediatos e adequados no mesmo dia em que a febre começou ou no dia seguinte, numa unidade de saúde ou primeiro num ADECOS.
	Factores ideacionais significativos: conhecimento correto e abrangente dos cuidados e tratamento da malária e percepções sobre a disponibilidade de produtos para a malária nas unidades de saúde

Esta secção descreve os factores ideacionais relacionados com a gestão de casos de malária em crianças com menos de cinco anos, com análises descritivas e regressão logística, bem como a prevalência do comportamento de procura de cuidados. Os factores ideacionais relacionados com a procura de cuidados e tratamento da malária explorados no MBS incluem conhecimentos, atitudes favoráveis, eficácia de resposta percebida, auto-eficácia percebida, normas comunitárias de apoio percebidas, atitudes equitativas de género percebidas, percepções favoráveis dos profissionais de saúde, envolvimento na tomada de decisões e comunicação interpessoal. Os **comportamentos** específicos **de gestão de casos** que foram explorados incluíam **qualquer procura de cuidados**, procura de cuidados **adequados** (numa unidade de saúde ou com um ADECOS) e procura de cuidados **imediatos** (no mesmo dia ou no dia seguinte ao início da febre). Os resultados avaliados incluíram testes de malária, casos confirmados de malária e a proporção de casos confirmados de malária que receberam ACT.

Variáveis ideacionais associadas à procura de cuidados

A Tabela 4 apresenta um resumo dos factores ideacionais relacionados com a gestão de casos para crianças com menos de cinco anos de idade. Menos de metade dos inquiridos (42%) tinha conhecimentos abrangentes correctos sobre a procura de cuidados e tratamento da malária, que incluíam saber quando procurar cuidados, onde procurar cuidados, que os ACT são a melhor medicação para a malária e que um teste é a única forma de diagnosticar a malária. Os conhecimentos correctos eram mais elevados entre os inquiridos na Lunda Sul (50%) e entre os inquiridos com ensino secundário ou superior (53%) e no quintil de riqueza mais elevado (50%), e mais baixos no Cuanza Norte (30%) e entre os inquiridos no quintil de riqueza mais baixo (30%). Os inquiridos do sexo masculino (48%) tinham mais conhecimentos do que as inquiridas do sexo feminino (42%). As análises mostraram que, embora a maioria (>80%) dos inquiridos soubesse quando e onde procurar cuidados e que uma análise ao sangue é a melhor forma de detetar a malária, a pergunta em que os inquiridos mais frequentemente erraram foi a identificação dos ACT como o medicamento para tratar a malária (55%), com 15% dos inquiridos a identificarem o paracetamol e 12% a identificarem a SP como medicamentos utilizados para tratar a malária.

Dois terços dos participantes (69%) tinham atitudes favoráveis relacionadas com a procura de cuidados e tratamento; as taxas eram mais elevadas entre os inquiridos no Zaire (73%) e na Lunda Sul (70%), porém eram mais baixas entre os participantes no Cuanza Norte (64%). As atitudes favoráveis foram menos frequentes entre os que não tinham completado o ensino primário (50%) ou estavam no quintil de riqueza mais baixo (57%), em comparação com os que estavam no quintil de riqueza mais alto (74%). Foram

também observadas diferenças estatisticamente significativas nas atitudes favoráveis entre os inquiridos urbanos (71%) em comparação com os inquiridos rurais (64%).

Mais de metade dos participantes (58%) tinha uma percepção favorável da eficácia da resposta aos testes da malária, com algumas variações estatisticamente significativas entre subgrupos. Foram observadas diferenças por província (Lunda Sul: 68%, Cuanza Norte: 51%), nível de educação (primário: 55%, secundário: 64%) e quintil de riqueza (mais baixo: 47%, quarto: 66%). As percepções negativas mais prevalentes sobre a eficácia da resposta aos testes da malária incluíam a percepção de que os inquiridos continuavam a tomar medicamentos para a malária independentemente do resultado do teste da malária (52%) e que eles, como pais, podiam diagnosticar a malária eles próprios (58%).

A percepção favorável da eficácia da resposta ao tratamento da malária foi baixa (44%). A eficácia da resposta ao tratamento da malária foi mais elevada entre os inquiridos do quarto quintil de riqueza (49%) ou os que frequentaram o ensino secundário ou superior (48%) e os do Zaire (50%); foi mais baixa entre os inquiridos do Cuanza Norte (37%) e os do quintil de riqueza mais baixo (31%) ou que não completaram o ensino primário (41%).

Quase três quartos (74%) dos participantes perceberam a sua auto-eficácia para procurar testes e tratamento para os seus filhos com febre. Os inquiridos do sexo masculino (84%) e os inquiridos no quintil de riqueza mais baixo (83%) tinham percepções mais elevadas da sua capacidade de completar todos os aspectos da procura de cuidados, enquanto os inquiridos no quintil de riqueza mais elevado (66%) e os inquiridos no Zaire (66%) tinham percepções mais baixas.

Em relação às normas descritivas da comunidade, quase três quartos dos participantes (67%) perceberam que pelo menos metade da sua comunidade procurou cuidados e tratamento para uma criança com febre, e isso foi maior na Lunda Sul (72%) e no Zaire (70%) e entre aqueles no quintil mais alto de riqueza (73%). Esta norma, no entanto, foi mais baixa entre aqueles nos dois quintis de riqueza mais baixos (63%) e entre os participantes do Cuanza Norte (60%).

Dois terços dos inquiridos (69%) tinham atitudes equitativas de género relacionadas com o tratamento da malária. Isto variou consoante a província (Cuanza Norte: 58%, Zaire: 76%), o nível de educação (não completou o ensino primário: 65%, secundário ou superior: 77%) e o quintil de riqueza (mais baixo: 69%, mais alto: 73%). É de notar que os inquiridos disseram que as crianças do sexo feminino teriam prioridade na compra de medicamentos contra a malária com mais frequência (31%) do que as crianças do sexo masculino (24%) quando não havia dinheiro suficiente.

Mais de metade dos inquiridos (56%) tinha uma percepção favorável das unidades de saúde no que diz respeito à prestação de cuidados contra a malária, que era mais elevada entre os inquiridos nos quintis de riqueza mais baixos (mais baixo: 58%, segundo mais baixo 62%) e mais baixa entre os quintis mais altos (50%) e Cuanza Norte (47%). Também se registaram diferenças entre as residências (urbana: 51%, rural: 63%). Os participantes tiveram percepções favoráveis mais elevadas sobre os próprios profissionais de saúde (78%), seguindo padrões semelhantes por província (Zaire: 85%, Lunda Sul: 75%, Cuanza Norte: 73%), e mais elevadas entre os que têm um ensino secundário ou superior (83%) e mais baixas entre os que se encontram nos quintis mais baixos de riqueza (69%). Existem também diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários (45+:82%, 15-24:76%) e de residência (Urbano:80%, rural 75%).

Mais de metade de todos os inquiridos participaram na tomada de decisões relacionadas com a procura de cuidados e tratamento da malária. Especificamente, 66% de todos os inquiridos com parceiros notaram que a decisão de ir ao centro de saúde quando uma criança tinha febre foi tomada por eles próprios ou em conjunto com os seus parceiros. A percentagem variou significativamente entre os sexos (homens: 78%, mulheres: 64%), e foi mais elevada em Lunda Sul (77%) e entre os inquiridos com ensino secundário ou superior (72%). Da mesma forma, 60% de todos os inquiridos com parceiros referiram que a decisão de comprar medicamentos quando uma criança tinha febre era tomada por eles próprios ou em conjunto com os seus parceiros. Os inquiridos do sexo masculino (78%) relataram mais uma vez taxas significativamente mais elevadas de participação na tomada de decisões, tal como os participantes da Lunda Sul (79%) e os participantes com ensino superior (69%), mas foram observadas taxas mais baixas entre as mulheres (56%) e os participantes do Zaire (43%).

Tabela 4. Resumo das Variáveis Ideacionais Relacionadas com a Gestão de Casos de Febre em Crianças com Menos de Cinco Anos, por Província

Porcentagem de inquiridos que relatam factores ideacionais relativamente à procura de cuidados e tratamento da malária, por características sociodemográficas, Angola 2023 (N=4.261)

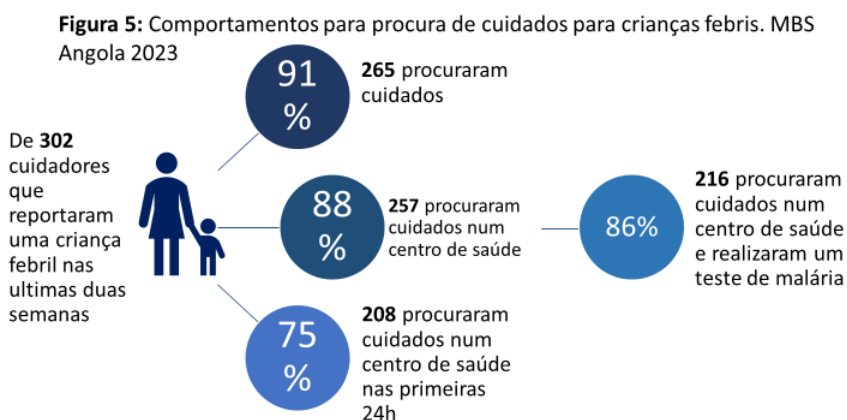
Característica	Conhecimento exaustivo da procura de cuidados e tratamento da malária	Atitudes favoráveis em relação à procura de cuidados e tratamento	Resposta percebida - eficácia dos testes da malária	Resposta percebida - eficácia do tratamento da malária	Auto-eficácia percebida para o teste e tratamento da malária	Normas comunitárias descritivas de apoio percebidas relativamente ao teste e tratamento da malária	Perceber atitudes equitativas de género relacionadas com o tratamento da malária	Percepções favoráveis das unidades de saúde relativamente à procura de cuidados e tratamento	Percepções favoráveis dos profissionais de saúde dos estabelecimentos de saúde relativamente à procura de cuidados e ao tratamento	Envolvidos na decisão de ir ao centro de saúde quando a criança tem malária	Envolvidos na decisão de comprar medicamentos quando a criança está doente com febre
Total (%)	42,1	68,6	58,1	43,6	73,6	66,9	69,3	55,6	77,6	66,2	59,9
Província	***	***	***	***	**	***	***	***	***	***	***
Cuanza Norte	30,3	63,5	51,1	37,1	77	59,5	58	46,5	73,1	64,2	57,8
Lunda Sul	50,1	70,3	67,7	45,1	78,2	72,1	75,3	61,4	75	77,2	78,6
Zaire	48,2	72,9	57,4	49,5	66	70,4	76,4	60,7	84,9	57,4	43,4
Sexo	*				***					***	***
Feminino	41,2	68,4	57,5	43,6	72	66,3	69,2	55,4	77,4	63,5	55,8
Masculino	47,7	70	61,7	43,8	83,6	70,3	69,5	57,3	79,2	78,4	77,8
Grupo etário	**								*		*
15-24	37	69	56,9	40,9	71,6	66,8	70,2	51,9	76,4	68,9	55,7
25-34	49,8	68,6	61,8	47,7	77,7	67	69	60,3	76	66,3	60,4
35-44	39,8	65,3	54,6	41,2	72,4	64,5	65,2	56,1	79,5	63,2	58,8
≥45	42,9	73,3	58,8	46,1	72,1	70,6	74,2	54,7	81,9	66,4	69,1
Residência		*						*	*		
Urbano	42,7	71,4	59,5	44,9	71,8	68,8	70,1	50,9	79,5	66,5	58,9
Rural	41,1	64,1	55,8	41,5	76,6	63,7	67,9	63,4	74,5	65,9	61,5

Educação	***	***	*	*			***	**		***	**
Primário não concluído	35,4	65,6	57,1	40,8	74,4	65,6	65,3	59,1	75	62,8	59
Primário	44,3	69	54,7	45,4	70,8	66,1	69,3	55,1	77,5	67,3	52,3
≥ Secundário	52,9	74,1	63,6	47,4	75,2	70,1	77,1	49,3	82,9	71,9	69,3
Quintil de riqueza	***	***	***	***	***	*	***	***	***		
Mais baixo	29,7	56,6	46,5	30,8	82,7	63,3	69,3	58,1	68,7	62	59,1
Segundo	38,8	70,3	61	46,7	79,7	62,7	61,9	61,9	80,2	68	65
Médio	46,4	67,8	57,2	44	73,8	66,7	68,6	60	80	63,2	61,1
Quarto	44,9	74,2	65,9	48,9	66,7	68,4	73,1	48,9	80,7	67,8	54,9
Mais alto	50,1	73,7	59,4	47,3	66,3	72,5	72,6	50,2	78,6	69,4	59,4
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001											

Comportamentos de procura de cuidados para crianças com menos de 5 anos com febre

A Figura 5 abaixo ilustra a procura de cuidados por parte dos cuidadores de crianças que apresentaram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito. As mulheres inquiridas que eram responsáveis por crianças com menos de cinco anos (N= 1105), foram questionadas sobre os comportamentos e resultados da gestão de casos de malária. Um quarto dos prestadores de cuidados (29%) referiu que pelo menos uma das suas crianças com menos de cinco anos teve um episódio de febre nas duas semanas anteriores ao inquérito (N= 302), enquanto que este valor foi menor entre os inquiridos de Lunda Sul (25%). Entre os cuidadores que relataram um episódio recente de febre nos seus filhos menores de cinco anos, 91% deles procuraram cuidados para a febre, e 88% dos cuidadores com crianças febris menores de cinco anos procuraram cuidados adequados (definidos como a procura de cuidados numa unidade de saúde ou num ADECOS como primeiro recurso). Para além disso, muitos prestadores de cuidados com crianças febris com menos de cinco anos (78%) procuraram cuidados imediatos (no mesmo dia do início da febre ou no dia seguinte), mais uma vez com uma variação mínima significativa entre subgrupos. Por último, 75% dos prestadores de cuidados com uma criança febril com menos de cinco anos procuraram cuidados imediatos e adequados, o que inclui a procura de cuidados no prazo de um dia após o início da febre da criança numa unidade de saúde ou junto de um ADECOS, e é o comportamento recomendado.

Entre os prestadores de cuidados que não procuraram cuidados para os seus filhos com febre, as razões citadas incluíam o custo do transporte (18%), a falta de tempo para se deslocarem ao centro de saúde (11%) e o auto-tratamento da malária (11%).



Entre os prestadores de cuidados que referiram um episódio recente de febre nos seus filhos com menos de cinco anos e que procuraram cuidados para eles, 76% referiram que o seu filho foi testado para a malária, variando significativamente se o inquirido vivia numa zona urbana (83%) ou numa zona rural (62%). Entre os prestadores de cuidados que declararam que o seu filho foi testado para a malária, 68% declararam que o resultado do teste foi positivo. Além disso, entre os inquiridos que comunicaram um teste de malária positivo para o seu filho febril, dois terços (60%) receberam ACT, com uma taxa mais elevada entre os prestadores de cuidados com quarenta e cinco anos ou mais (100%), os prestadores de cuidados no Zaire (78%) e os que pertencem a quintis de riqueza mais elevados (quarto: 85%, mais elevado: 75%), mas uma taxa mais baixa entre os prestadores de cuidados sem ensino primário (47%), os que vivem no Cuanza Norte (36%) e os mais jovens (15-24: 49%). 76% dos prestadores de cuidados que

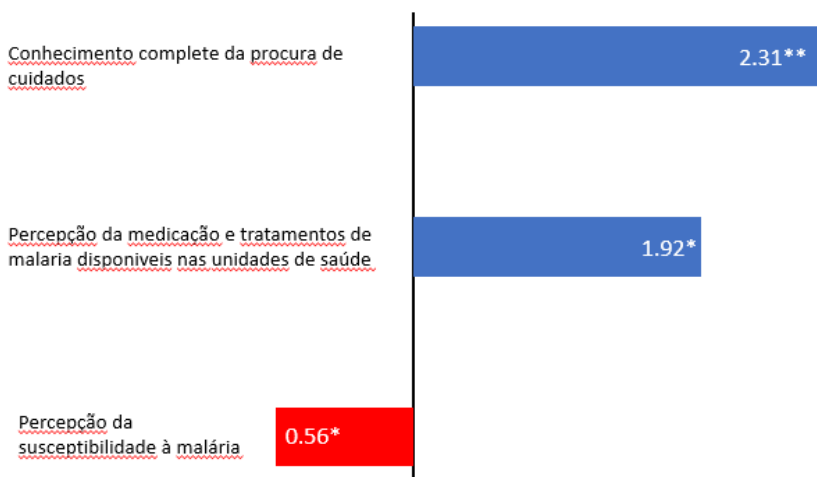
declararam ter recebido ACT referiram que a criança recebeu esta medicação prontamente (no mesmo dia ou no dia seguinte).

Análise de regressão logística

Foi realizada uma análise de regressão logística para explorar os factores associados à procura de cuidados atempados e adequados para crianças com menos de cinco anos que tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito. Os factores estatisticamente significativos são apresentados na Figura 6, e todos os resultados do modelo estão incluídos na Tabela 5.

Ajustando para factores ideacionais estruturais e relacionados, os factores ideacionais significativos associados à procura rápida e adequada de cuidados foram o conhecimento correto e abrangente dos cuidados e tratamento da malária [aOR: 2,30, intervalo de confiança de 95% (IC 95%): 1,27-4,17] e percepções positivas das unidades de saúde que fornecem tratamento de casos de malária [aOR: 1,79, IC 95%: 1,05-3,03]. A percepção da suscetibilidade da malária foi inversamente associada à procura de cuidados rápidos e adequados [aOR: 0,56, IC 95%: 0,32-0,96]. De notar que as características sociodemográficas dos prestadores de cuidados não foram associadas à procura rápida e adequada de cuidados para uma criança febril com menos de cinco anos nas duas semanas anteriores ao inquérito.

Figura 6. Factores Associados Significativamente com Cuidados Imediatos e Adequados e seus Odds Ratios ajustados, MBS Angola 2023 (N=302)



Significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 5. Regressão Logística Explorando os Factores Associados à Procura de Cuidados Atempados e Apropriados para a Febre em Crianças com Menos de Cinco Anos nas Duas Semanas Passadas

Característica	Percentagem	aOR	IC 95%
Grupo etário			
15-24 (Referência)	126 (81,2)	1,00	
25-34	111 (68,5)	1,01	0,55-1,84
35+	65 (66,8)	0,61	0,30-1,24
Educação			
Primário não concluído (referência)	135 (67,9)	1,00	1,00
Primário	167 (78,9)	1,08	1,08
Província			
Cuanza Norte (Referência)	109 (77,1)	1,00	
Lunda Sul	49 (81,9)	0,45	0,20-1,06
Zaire	144 (71,0)	0,57	0,28-1,17
Estatuto socioeconómico			
Mais baixo, segundo e médio (referência)	162 (77,4)	1,00	
Quarto e mais alto	140 (71,9)	0,79	0,42-1,48
Residência			
Urbano (Referência)	215 (79,9)	1,00	
Rural	87 (66,5)	0,92	0,52-1,62
Percepção da suscetibilidade à malária			
Não (Referência)	132 (82,9)	1,00	
Sim	170 (66,3)	0,56*	0,32-0,96
Demonstração de conhecimentos abrangentes sobre a procura de cuidados para a malária			
Não (Referência)	194 (71,2)	1,00	
Sim	108 (82,8)	2,30**	1,27-4,17
Recolha do slogan de campanha			
Não (Referência)	249 (73,5)	1,00	
Sim	53 (80,4)	1,29	0,60-2,80
Atitudes favoráveis à procura de cuidados para a malária			
Não (Referência)	81 (73,9)	1,00	
Sim	221 (75,7)	1,06	0,56-2,01
Percepção positiva da eficácia da resposta em relação à despistagem da malária			
Não (Referência)	98 (74,2)	1,00	
Sim	204 (75,7)	1,01	0,55-1,85
A procura de cuidados é uma norma comunitária			
Não (Referência)	98 (71,5)	1,00	
Sim	204 (76,5)	0,72	0,40-1,29


Percepções positivas das unidades de saúde que prestam serviços de gestão de casos			
Não (Referência)	131 (75,2)	1,00	
Sim	171 (75,1)	1,79*	1,05-3,03
Percepções de atitudes equitativas de género relacionadas com a malária			
Não (Referência)	49 (70,4)	1,00	
Sim	253 (76,5)	1,17	0,54-2,53
Idade da criança em meses			
<12 (Referência)	280 (73,7)	1,00	
12-23	22 (83,6)	1,46	0,49-4,32
Pseudo-R2	0,0753		
Número de observações	302		
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001, N/A; não aplicável			
N refere-se à frequência dos inquiridos em cada linha do grupo, enquanto (%) se refere à percentagem de cada linha que comunicou o comportamento ou intenção			

Informações suplementares

No anexo são apresentadas tabelas pormenorizadas sobre os seguintes indicadores.

- Tabela A.3.1: Conhecimentos sobre procura de cuidados e tratamento da malária
- Tabela A.3.2: Atitudes em relação à procura de cuidados e tratamento da malária
- Tabela A.3.3: Eficácia de resposta percebida de testes de malária
- Tabela A.3.4: Eficácia de resposta percebida do tratamento da malária
- Tabela A.3.5: Auto-eficácia percebida para testes e tratamento da malária
- Tabela A.3.6: Atitudes do género relacionadas com o tratamento da malária
- Tabela A.3.7: Normas comunitárias percebidas relativamente a testes e tratamento de malária
- Tabela A.3.8: Percepções sobre estabelecimentos de saúde sobre procura de teste e tratamento de malária
- Tabela A.3.9: Percepções sobre trabalhadores de saúde de instalações relativamente à procura de cuidados e tratamento de malária
- Tabela A.3.10: Tomada de decisões sobre cuidados e tratamento de malária
- Tabela A.3.11: Procura de cuidados e testes de crianças com febre nas últimas 2 semanas
- Tabela A.3.12: Tratamento de crianças com febre
- Tabela A.3.13: Regressão logística que explora os factores associados à procura de cuidados atempados e adequados para a febre em crianças com menos de cinco anos nas últimas duas semanas

Malária na gravidez

Comportamentos e intenções	
	Entre as mulheres que declararam ter estado grávidas nos dois anos anteriores ao estudo, 46% foram aos CPN precocemente, 68% foram a quatro ou mais consultas de CPN, 65% receberam três ou mais doses de TIP e 66% receberam um MTI durante a gravidez.
	Oitenta por cento das mulheres tencionam ir aos CPN pelo menos quatro vezes na próxima gravidez, enquanto 64% das mulheres tencionam iniciar as CPN mais cedo. Os factores ideacionais significativos associados a qualquer uma das intenções incluem o conhecimento completo dos CPN, percepções favoráveis dos profissionais de saúde, percepção de auto-eficácia para frequentar os CPN e percepção de susceptibilidade.






Esta secção descreve os factores ideacionais relacionados com a malária na gravidez, a prevalência de comportamentos e intenções relacionados com a malária na gravidez, bem como as associações entre os factores ideacionais e as intenções comportamentais utilizando a regressão logística. Os factores ideacionais relacionados com a malária na gravidez explorados na MBS incluem conhecimentos, atitudes favoráveis, reconhecimento de riscos, eficácia de resposta percebida, auto-eficácia percebida para frequentar os CPN e receber TIP (ou para apoiar uma parceira grávida a fazê-lo, no caso dos inquiridos do sexo masculino), normas comunitárias de apoio percebidas, atitudes equitativas de género percebidas, percepções favoráveis dos profissionais de saúde, envolvimento na tomada de decisões e comunicação interpessoal. Os resultados relacionados com malária na gravidez explorados incluem a frequência de CPN e a recepção de TIP entre as mulheres que tiveram uma gravidez nos dois anos anteriores ao inquérito. As intenções comportamentais específicas exploradas incluíram a intenção de frequentar os CPN ou de receber o TIP numa futura gravidez entre as mulheres que tencionavam ter uma futura gravidez.

Variáveis Ideacionais Associadas à Frequência de Cuidados Pré-Natais e à Utilização de TIP

A Tabela 6 apresenta um resumo dos factores ideacionais relacionados com a malária na gravidez, incluindo os CPN e o TIP. Apenas um quinto dos participantes (20%) tinha um conhecimento completo das CPN e TIP, sendo que a maioria da amostra não sabia que devia ir a uma CPN nos primeiros três meses de gravidez (72%). O conhecimento de CPN/TIP era mais elevado entre os inquiridos do Zaire (30%) e os do segundo quintil de riqueza mais baixo (26%). Era ligeiramente inferior entre os inquiridos do sexo masculino (11%). Também se registou uma variação estatisticamente significativa entre a educação (não completou o ensino primário: 19%, primário: 24%) e a residência (urbana: 23%, rural: 17%). A maioria dos inquiridos (76%) considerou a malária na gravidez como grave, sem variação estatisticamente significativa entre os subgrupos.

Mais de dois terços dos inquiridos (69%) tinham atitudes favoráveis em relação à TIP, o que era notavelmente mais elevado na Lunda Sul (77%), no ensino secundário ou superior (74%) e nos inquiridos do quarto quintil de riqueza (77%), enquanto era mais baixo entre os inquiridos do quintil de riqueza mais baixo (57%) e do Cuanza Norte (64%).

Quase todos os inquiridos (93%) consideraram a TIP eficaz, sendo esta percentagem mais elevada entre os inquiridos com o ensino secundário (97%) e os inquiridos do Zaire (98%). Foram também registadas diferenças estatisticamente significativas entre os quintis de riqueza (mais baixo: 91%, mais alto: 96%).

Resumo factores ideacionais transversais	
Altamente prevalente ($\geq 80\%$)	
	Percepção da eficácia da resposta
	Percepção de auto-eficácia para os homens
	Percepção de atitudes equitativas de género
Menos prevalentes ($\leq 40\%$)	
	Conhecimento
	Percepção de aprovação pela comunidade

A percepção de auto-eficácia dos homens para apoiar as suas esposas na prevenção da malária na gravidez foi elevada (85%), sem variação significativa entre subgrupos. As mulheres, no entanto, tinham percepções mais baixas de auto-eficácia completa para prevenir a malária na gravidez (67%), com diferenças observadas entre quintis de riqueza (mais baixo: 71%, mais alto: 63%) e província (Lunda Sul: 70%, Zaire: 62%).

Cerca de metade de todos os inquiridos consideraram que pelo menos quatro consultas de CPN (53%) ou a recepção de TIP (50%) era a norma na sua comunidade. Estes dados mostraram uma variação por província, com os inquiridos da Lunda Sul (CPN: 61%, TIP: 58%) e os quintis de maior riqueza a terem percepções mais elevadas das normas comunitárias (CPN mais baixo: 49, TIP: 48, CPN mais alto: 62%, TIP: 57%).

Apenas cerca de um quinto (20%) dos inquiridos consideraram que a sua comunidade aprovava o TIP. Isto variou consoante a província (Lunda Sul: 17%, Zaire: 23%), os grupos etários (45+ anos: 17%, 15-24: 22%), a educação (não completou o ensino primário: 18%, secundário ou superior: 24%) e o quintil de riqueza (médio: 15%, quarto: 24%).

Três quartos dos inquiridos (75%) consideraram as atitudes equitativas de género relacionadas com a malária, particularmente entre os inquiridos do Zaire (88%) e os que tinham mais educação (82%), e os do quintil de riqueza mais elevado (85%). Os inquiridos nos quintis de riqueza mais baixos (56%) e do Zaire (60%) tinham percepções mais baixas de atitudes equitativas de género.

Mais de metade dos inquiridos (60%) tinha uma percepção positiva sobre os profissionais de saúde que prestavam serviços de CPN, que era mais baixa entre os inquiridos do Cuanza Norte (52%) e os do quintil de riqueza mais baixo (53%), enquanto era mais elevada entre os inquiridos dos dois quintis de riqueza mais elevados (Quarto: 67%, mais elevado: 68%) e os inquiridos com ensino secundário ou superior (69%) e os inquiridos do Zaire (66%).

Mais de metade (62%) dos inquiridos com parceiros e que tiveram uma gravidez anterior estavam envolvidos na tomada de decisões relacionadas com as CPN, referindo que as decisões relativas às CPN eram tomadas por eles próprios ou em conjunto com os seus parceiros. A taxa era mais baixa entre os

inquiridos que se encontravam no Zaire (53%), enquanto era claramente mais elevada entre os inquiridos com ensino secundário ou superior (69%).

Menos de metade (49%) de todos os inquiridos com parceiras referiram que discutiram CPN com as suas parceiras nos seis meses anteriores ao inquérito. Isto variou por província (Cuanza Norte: 40%, Lunda Sul: 47%, Zaire (59%), e foi maior entre os inquiridos com maior escolaridade (66%) e aumentou com cada aumento no quintil de riqueza (mais baixo: 33%, mais alto: 62%). Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários (45+ anos: 34%, 25-34: 55%).

Tabela 6. Resumo das variáveis ideacionais relacionadas com a malária na gravidez

Percentagem de inquiridos que se referem a factores ideacionais por características sociodemográficas, Angola 2023 (N=4.261)

Característica	Conhecimento das recomendações da TIP	Atitudes favoráveis em relação ao IPT	Percepção da gravidade da malária na gravidez	Percepção da eficácia da resposta do TPI	Auto-eficácia percebida (pelos homens) em relação à TIP	Auto-eficácia percebida em relação à TIP	Percepção de que a maioria das mulheres tem ≥ 4 visitas a CPN	Percepção de que a maioria das mulheres na sua comunidade toma TIP	Percepção de que a comunidade aprova o TIP	Percepção de atitudes equitativas de género em relação ao CPN	Percepções favoráveis dos profissionais de saúde e dos CPN	Envolvimento na tomada de decisões relativas ao CPN	Discutiu a frequência de CPN com o cônjuge/parceiro
Total (%)	20,7	69,4	75,7	92,8	84,5	66,6	53,3	50,4	19,6	75,2	60,2	61,7	48,8
Província	***	***		***		***	***	***	***	***	***	***	***
Cuanza Norte	15,8	63,6	76,8	91	85	70,3	45,5	43,1	18,6	59,8	52	57,4	39,7
Lunda Sul	15,4	77,7	76,1	89,2	86,6	67,2	61,1	58	17,2	79,8	63,2	75,1	47,2
Zaire	30,7	68,5	74,1	98	80,8	62,2	55,2	51,8	22,8	88,1	66,4	52,7	59,3
Sexo	***						**					***	
Feminino	22,3	69,2	75,7	92,6	N/A	66,6	53,8	50,4	19,6	75	60	61,1	47,3
Masculino	10,9	70,3	75,5	94,1	84,5	N/A	50,7	50,2	19,8	76,7	61,2	64,2	55,3
Idade	***								*				***
15-24	22,9	67,8	75,2	94,2	89,3	69,1	49,1	48,2	22,2	72,9	58,3	59,9	52,7
25-34	22	72,9	79	95,8	87	73,2	57,3	52,2	18,3	80	65,1	61,8	55,1
35-44	18,5	67,2	76	91,7	79,9	60,4	55,1	50	18,7	73,9	57,2	60,6	44
≥ 45	15,7	69,5	69	84,3	85,1	49,4	53,2	53,2	17,1	73,1	59,3	67,3	33,6
Residência	*												
Urbano	22,9	69,3	77,3	91,6	85,6	65,3	53,9	51,7	21,6	75,9	61,6	60,8	47,1

Rural	17,2	69,4	73,1	94,9	82,8	68,7	52,4	48,2	16,4	74,1	57,8	63,2	51,3
Educação	***	*		***					***	***	**	**	***
Nenhum	19,7	67,5	75,5	89,1	83,7	63,9	53,9	49,7	17,5	70,9	56,2	58,6	36,8
Primário	23,8	68,5	76,3	95,5	81,8	66,7	44,8	45,6	19,8	77	59,6	63,1	55,2
≥Secundário	19,4	73,9	75,4	97,2	86,8	72,6	61,7	57,1	23,7	81,8	68,6	67,4	66,3
Quintil de riqueza	**	***		*		***	***	**	***	***	***	**	***
Mais baixo	17	57,4	72,1	90,7	80,4	70,5	49,2	48,1	15,8	56,4	53,3	57,1	32,9
Segundo	26,1	69,1	79,1	89,6	85,2	65,4	55	49,1	21	75,4	54,5	65,4	39,6
Médio	20,4	71,2	76,4	90,6	89,3	64,8	50,3	48,3	15,3	81,7	57,1	63,9	48
Quarto	19,8	77,2	75,8	96,4	80,1	69,3	49,6	49	24	76,8	67	60,8	57,7
Mais alto	20,8	71,3	75,3	96,4	86,2	62,7	62,4	57,1	21,7	85	67,7	60,9	61,7
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001													

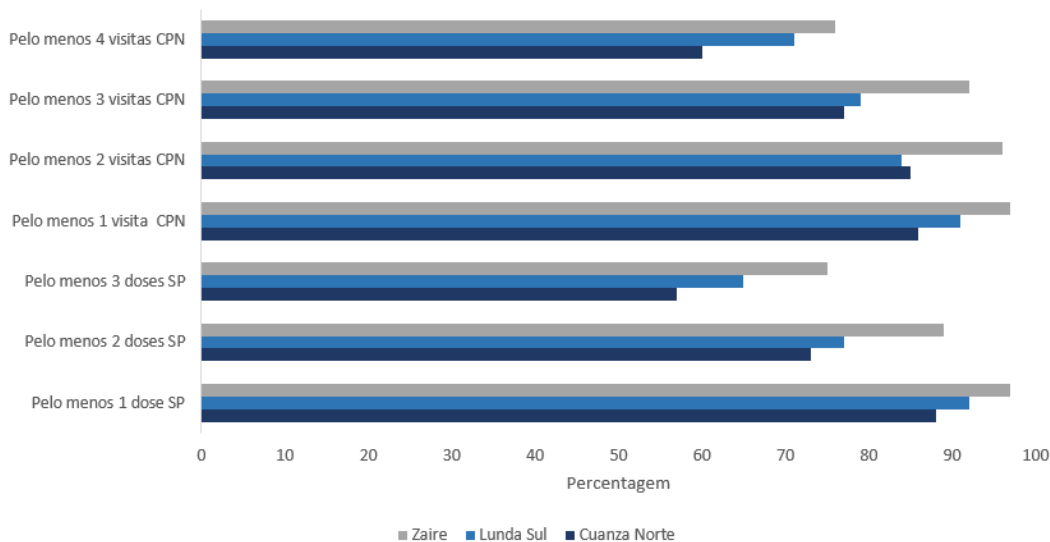
Participação nos CPN e intenção de participar nos CPN

A Figura 7 mostra os comportamentos anteriores relacionados com CPN, incluindo a participação em CPN e a utilização de TIP, entre os inquiridos que tiveram uma gravidez nos dois anos anteriores. Cerca de metade (52%) das mulheres com uma gravidez recente nos dois anos anteriores ao inquérito referiram ter ido à sua primeira consulta de CPN nos primeiros três meses de gravidez, sendo que apenas 18% das mulheres com 45 anos ou mais o fizeram. A maior barreira relatada para a comparência precoce aos CPN foi a falta de tempo, com 27% das mulheres a indicarem esta como a principal razão. Os custos associados, incluindo o transporte e os custos das luvas cirúrgicas (25%), a distância até ao hospital (16%) e a percepção de que os hospitais só permitem a prestação de cuidados pré-natais no segundo trimestre (9%), também foram mencionados em percentagens mais baixas. A maioria (91%) das mulheres com uma gravidez nos dois anos anteriores tinha assistido a pelo menos uma consulta de cuidados pré-natais na sua última gravidez, o que foi mais elevado no Zaire (97%) e mostrou uma variação entre os níveis de ensino (primário não concluído: 87%, secundário ou superior: 96%) e o quintil de riqueza (mais baixo: 80%, mais alto: 96%).

Um pouco mais de dois terços (68%) das mulheres inquiridas com uma gravidez nos últimos dois anos referiram que foram a pelo menos quatro consultas de CPN na sua última gravidez, com variações por nível de educação (não completou o ensino primário: 64%, ensino secundário ou mais: 89%), quintis de riqueza (mais baixo: 42%, mais alto: 85%) e província (Zaire: 76%). Dois terços (65%) das mulheres com uma gravidez recente referiram que receberam um MTI durante as consultas de CPN. Para além disso, 62% das mulheres grávidas que foram aos CPN no primeiro trimestre receberam um MTI durante o primeiro trimestre.

A maioria (80%) das mulheres inquiridas que planeiam ter outro filho no futuro referiu que tencionava ir a pelo menos quatro consultas de CPN na sua próxima gravidez, sendo este valor mais elevado no Zaire (89%) e consideravelmente mais baixo nos grupos etários mais velhos (15-24: 77%, 45+: 38%). Menos de dois terços das mulheres (64%) tencionavam frequentar os CPN no primeiro trimestre da sua próxima gravidez.

Figura 7. Comportamento anterior de CPN relacionado com malária por província, MBS Angola 2023



Toma de TIP e intenção de utilizar TIP

A maioria (91%) das mulheres com uma gravidez nos dois anos anteriores referiu ter tomado pelo menos uma dose de TIP, enquanto 80% referiu ter tomado pelo menos duas doses. No entanto, menos de dois terços (65%) referiram ter recebido pelo menos três doses de TIP (TIP3). As taxas de TIP foram mais elevadas entre os inquiridos do sexo feminino no Zaire (75%) e entre os inquiridos de quintis de riqueza mais elevados (79%) e com níveis de educação mais elevados (secundário ou mais: 82%). Os inquiridos no Cuanza Norte (57%), os que não tinham o ensino primário (56%), os que se encontravam no quintil de riqueza mais baixo (54%) e os que tinham 45 anos ou mais (43%) registaram taxas mais baixas de adesão ao TIP3.

Noventa e seis por cento das mulheres que planeavam ter uma gravidez no futuro referiram que tencionavam receber pelo menos uma dose de TIP na sua próxima gravidez, no entanto, esta percentagem era muito inferior entre as mulheres com mais de 45 anos (47%).

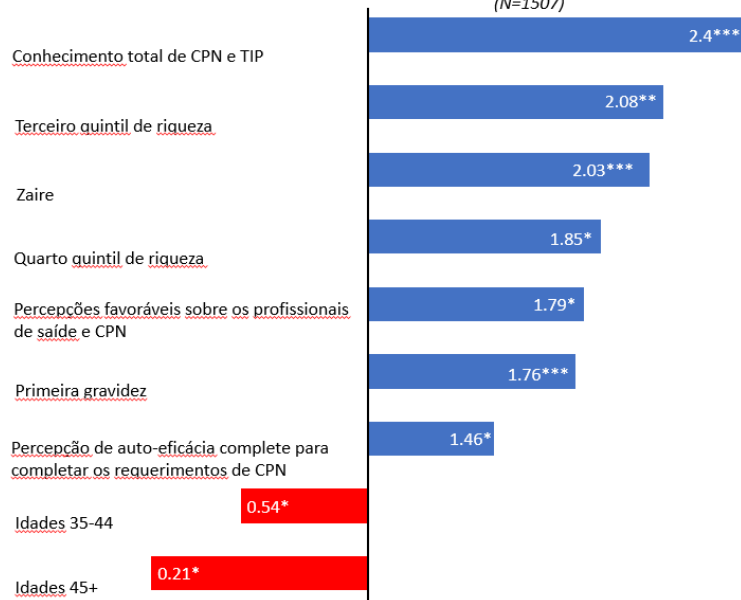
Análise de regressão logística

Foi efectuada uma análise de regressão logística para explorar os factores ideacionais relacionados com as intenções relativas à malária na gravidez numa futura gravidez. Os principais resultados explorados para esta análise de regressão foram a intenção de ir às CPN no primeiro trimestre e a intenção de ir a pelo menos quatro consultas de CPN. Quando se trabalha com factores ideacionais, a temporalidade é uma limitação na avaliação de comportamentos passados, tais como a frequência anterior de CPN com factores ideacionais actuais, pelo que se utiliza a intenção atual de completar o comportamento no futuro. A intenção de utilizar TIP numa futura gravidez não foi explorada utilizando a análise de regressão logística porque esta intenção era altamente prevalente (96%).

Foi estimado um modelo de regressão logística multivariável para a intenção de comparecer a quatro consultas de CPN no futuro. Os factores estatisticamente significativos são apresentados na Figura 8, e os resultados completos do modelo podem ser encontrados na Tabela 7. As mulheres com um conhecimento completo dos serviços de CPN tinham maiores probabilidades [aOR: 2,40, IC 95%: 1,56-3,69] de pretenderem efectuar quatro consultas de CPN em comparação com as mulheres que não tinham um conhecimento completo. Adicionalmente, as mulheres com percepções favoráveis dos profissionais de saúde relativamente aos serviços de CPN tinham mais probabilidades [aOR: 1,79, IC 95%: 1,36-2,37] de ter intenção de completar quatro consultas de CPN do que as que não tinham. Por último, as mulheres com percepção de auto-eficácia para comparecer a uma consulta de CPN também tinham maiores probabilidades [aOR: 1,46, IC95%: 1,08-1,96] de intenção de realizar CPN do que as que não tinham.

As características sociodemográficas das mulheres também foram significativamente associadas à intenção de comparecer a quatro consultas de CPN. Por exemplo, as mulheres do Zaire tinham maiores probabilidades [aOR: 2,03, 95% CI: 1,34-3,06] de intenções de quatro consultas de CPN do que as do Cuanza Norte. O quintil de riqueza foi um factor importante, com as mulheres do segundo quintil de riqueza mais elevado [aOR: 1,85, 95% CI: 1,16-2,95] e do quintil de riqueza médio [aOR: 2,08, 95% CI: 1,33-3,27] a terem maiores probabilidades de intenção de CPN do que as mulheres no quintil de riqueza mais baixo. As mulheres que tiveram pelo menos uma gravidez anterior, também tiveram maiores probabilidades [aOR: 1,76, IC 95%: 1,26-2,47] do que as mulheres que ainda não tinham tido uma gravidez. Por último, registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as categorias etárias, com as mulheres com mais de 35 anos [aOR: 0,51, 95% CI: 0,31-0,82] a terem menos probabilidades de intenção de quatro consultas de CPN do que as mulheres com 15-24 anos. A exposição a uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses foi marginalmente significativa ($p=0,055$) e as mulheres expostas a uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses tinham probabilidades mais elevadas [aOR: 1,4] de intenção de efectuar CPN do que as que não tinham sido expostas.

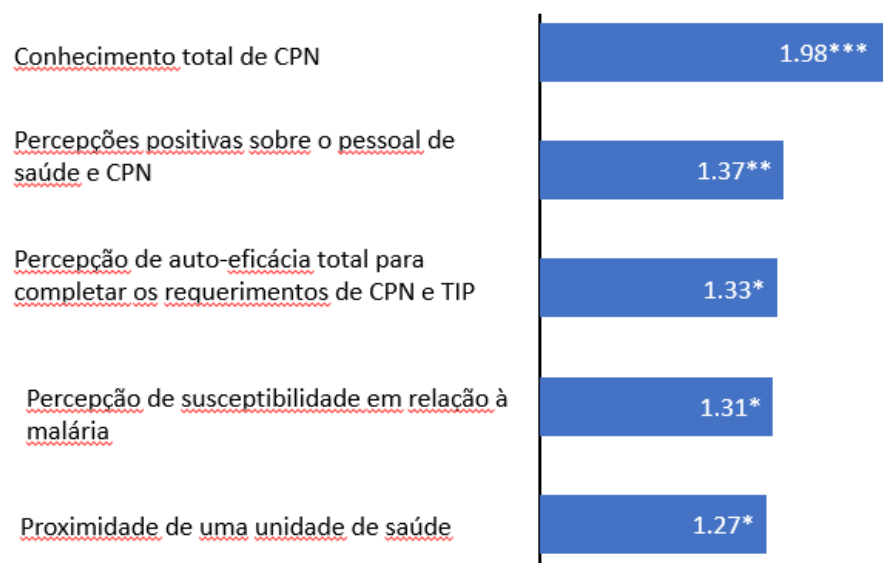
Figura 8: *Factores Significativamente Associados com Intenção de Participar em CPN quatro vezes durante a próxima gravidez e Odds Ratios Ajustados, MBS Angola 2023 (N=1507)*



Significância: * p<0.05; ** p<0.01; ***p≤0.001

Foi estimado um modelo de regressão logística multivariável para a intenção de comparecer à sua primeira consulta de CPN no primeiro trimestre entre as mulheres que tencionavam ter uma futura gravidez (N=1507). Os factores que foram associados de forma estatisticamente significativa são apresentados na Figura 9, enquanto os resultados completos do modelo podem ser encontrados na Tabela 8. A intenção de frequentar os CPN precocemente tinha factores ideacionais associados de forma igualmente positiva, mas associações estruturais notavelmente diferentes. Especificamente, as mulheres com um conhecimento completo dos serviços de CPN tinham mais probabilidades [aOR:1,98, 95% CI: 1,45-2,69] de ter a intenção de ir à CPN mais cedo em comparação com as mulheres que não tinham um conhecimento completo. Adicionalmente, as mulheres com percepções favoráveis dos profissionais de saúde que prestam serviços de CPN tinham maiores probabilidades [aOR:1,37, IC 95%: 1,08-1,73] de tencionar ir mais cedo ao CPN do que as que não tinham essa percepção. As mulheres com percepções de auto-eficácia para completar todos os aspectos da CPN também tinham maiores probabilidades [aOR: 1,33, 95% CI: 1,04-1,70] de intenção de frequentarem CPN precoce do que as que não tinham. A percepção de susceptibilidade à malária estava associada à intenção de efectuar CPN precoce: as mulheres que se consideravam a si próprias e à sua família susceptíveis à malária tinham uma probabilidade mais elevada [aOR: 1,27, IC 95%: 1,01-1,61] do que as que não se consideravam susceptíveis à malária. O único factor estrutural associado à intenção de comparecer precocemente aos CPN foi a proximidade de uma unidade de saúde, com as mulheres a terem maiores probabilidades de intenção de realizar CPN precocemente [aOR: 1,31, IC 95%: 1,00-1,70] se percebessem que estavam perto de uma unidade de saúde pública do que as mulheres que não o faziam.

Figura 9. *Factores Significativamente Associados com a intenção de participar em CPN durante o primeiro trimestre de gravidez e os Odds Ratios ajustados, MBS Angola 2023 (N=1507)*



Significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 7. Resultados da Regressão Logística Explorando os Factores Associados à Intenção de Comparecer 4 Vezes ao CPN

Característica	N (%)	aOR	IC 95%
Província			
Cuanza Norte (Referência)	1.582 (72,6)	1,00	
Lunda Sul	1.193 (80,0)	0,83	0,56-1,25
Zaire	1.486 (86,5)	2,03***	1,34-3,06
Faixa etária			
15-24 (Referência)	1.393 (77,8)	1,00	
25-34	1.351 (85,6)	0,74	0,53-1,03
35+	965 (76,4)	0,51*	0,31-0,82
Religião			
Católico (Referência)	1.608 (82,5)	1,00	
Protestante	2.096 (81,4)	0,80	0,57-1,12
Outros	557 (72,4)	0,69	0,44-1,09
Primíparas			
Não (Referência)	541 (79,1)	1,00	
Sim	3.720 (80,8)	1,76***	1,26-2,47
Residência			
Urbano (Referência)	2.907 (81,9)	1,00	
Rural	1.354 (77,6)	0,83	0,63-1,11
Nível de educação			
Primário não concluído (Referência)	2.078 (74,9)	1,00	
Primário	1.164 (79,8)	0,92	0,65-1,28
Secundário ou mais	1.019 (87,0)	1,20	0,78-1,84
Quintil de riqueza			
Mais baixo (Referência)	872 (66,5)	1,00	
Segundo	858 (79,6)	1,34	0,88-2,06
Terceiro	843 (81,5)	2,08**	1,33-3,27
Quarto	828 (86,5)	1,85*	1,16-2,95
Mais alto	860 (82,3)	1,53	0,94-2,48
Proximidade de uma unidade de saúde			
Não (Referência)	1.590 (80,4)	1,00	
Sim	2.671 (80,4)	0,92	0,66-1,27
Consideração da malária como grave			
Não (Referência)	2.723 (78,0)	1,00	
Sim	1.538 (84,2)	1,30	0,97 1,74
Percepção da suscetibilidade à malária			
Não (Referência)	1.798 (77,0)	1,00	

Sim	2.463 (82,8)	1,11	0,84-1,48
Comunicação interpessoal com o parceiro ou família/amigos nos últimos 6 meses			
Não (Referência)	3.453 (81,1)	1,00	
Sim	808 (76,9)	0,90	0,62 1,32
Conhecimento completo de CPN/TIP			
Não (Referência)	3.449 (77,6)	1,00	
Sim	812 (89,7)	2,40***	1,56-3,69
Conhecimento completo sobre a malária			
Não (Referência)	1.724 (76,3)	1,00	
Sim	2.537 (83,9)	0,92	0,69-1,24
Percepção de que o TIP e o CPN são normas da comunidade			
Não (Referência)	2309 (79,3)	1,00	
Sim	1952 (81,5)	1,07	0,81-1,41
Percepção da auto-eficácia completa em relação ao CPN			
Não (Referência)	1.166 (70,9)	1,00	
Sim	2.310 (83,7)	1,46*	1,08-1,96
Percepções favoráveis sobre os profissionais de saúde e os CPN			
Não (Referência)	1.790 (67,4)	1,00	
Sim	2.471 (87,4)	1,79***	1,36-2,37
Viu ou ouviu uma mensagem sobre a malária nos últimos 6 meses			
Não (Referência)	3.074 (80,8)	1,00	
Sim	1.187 (79,4)	1,40	0,99 1,97
Pseudo-R2	0,1006		
Número de observações	1.507		
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001			
N refere-se à frequência dos inquiridos em cada linha do grupo, enquanto (%) se refere à percentagem de cada linha que comunicou o comportamento ou intenção			

Tabela 8. Resultados da Regressão Logística Explorando os Factores Associados à Intenção de Comparecer ao CPN no Primeiro Trimestre

Característica	N (%)	aOR	IC 95%
Província			
Cuanza Norte (Referência)	473 (59,5)	1	
Lunda Sul	384 (58,9)	0,74	0,52-1,05
Zaire	650 (71,0)	1,17	0,84-1,62
Faixa etária			
15-24 (Referência)	854 (65,1)	1	
25-34	521 (64,4)	0,93	0,71-1,21
35+	132 (56,7)	1,02	0,67-1,55
Religião			
Católico (Referência)	533 (62,7)	1	
Protestante	749 (62,7)	1,02	0,78-1,33
Outros	225 (72,2)	1,24	0,85-1,80
Primíparas			
Não (Referência)	369 (71,3)	1	
Sim	1138 (61,7)	0,98	0,71-1,35
Residência			
Urbano	1.027 (64,4)	1	
Rural	480 (63,6)	0,89	0,70-1,13
Nível de educação			
Primário não concluído (Referência)	586 (64,2)	1	
Primário	493 (66,6)	0,84	0,63-1,12
Secundário ou mais	428 (61,6)	1,16	0,82-1,63
Estatuto socioeconómico			
Mais baixo (Referência)	242 (61,7)	1	
Secundário	275 (72,2)	0,99	0,67-1,45
Médio	294 (68,2)	1,1	0,75-1,63
Quarto	328 (64,0)	0,72	0,49-1,07
Mais alto	368 (58,8)	0,93	0,61-1,42
Proximidade de uma unidade de saúde			
Não (Referência)	461 (53,7)	1	
Sim	1.046 (68,0)	1,31*	1,00-1,70
Consideração do paludismo como grave			
Não (Referência)	943 (63,2)	1	
Sim	564 (65,5)	1,14	0,90-1,44


Percepção da suscetibilidade à malária			
Não (Referência)	616 (60,2)	1	
Sim	891 (66,9)	1,27*	1,01-1,61
Comunicação interpessoal com o parceiro ou família/amigos nos últimos 6 meses			
Não (Referência)	1.234 (61,5)	1	
Sim	273 (76,0)	1,17	0,86-1,60
Conhecimento completo do CPN			
Não (Referência)	1.180 (62,7)	1	
Sim	327 (68,8)	1,98***	1,45-2,69
Conhecimento completo sobre a malária			
Não (Referência)	648 (58,1)	1	
Sim	859 (69,2)	1,26	1,00-1,60
Percepção do TPI e da frequência dos CPN como normas comunitárias			
Não (Referência)	777 (61,8)	1	
Sim	730 (66,6)	0,83	0,66-1,05
Percepção da auto-eficácia completa em relação ao TIP/CPN			
Não (Referência)	463 (60,3)	1	
Sim	1.044 (65,5)	1,33*	1,04-1,70
Percepções favoráveis dos prestadores de cuidados de saúde em relação ao CPN			
Não (Referência)	634 (63,3)	1	
Sim	873 (64,6)	1,37**	1,08-1,73
Viu ou ouviu uma mensagem sobre a malária nos últimos 6 meses			
Não (Referência)	1098 (59,3)	1	
Sim	409 (76,4)	1,25	0,95-1,64
Pseudo-R2	0,0443		
Número de observações	1.507		
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001, N/A; não aplicável N refere-se à frequência dos inquiridos em cada linha do grupo, enquanto (%) se refere à percentagem de cada linha que comunicou o comportamento ou intenção			

Informações suplementares

No anexo são apresentados quadros pormenorizados sobre os seguintes indicadores.






- Tabela A.4.1: Conhecimento da TIP
- Tabela A.4.2: Atitudes em relação à TIP
- Tabela A.4.3: Gravidade percebida da malária na gravidez
- Tabela A.4.4: Eficácia da resposta percebida da TIP
- Tabela A.4.5: Auto-eficácia percebida para a TIP e CPN -m mulheres
- Tabela A.4.6: Auto-eficácia percebida para a TIP e CPN - homens
- Tabela A.4.7: Normas comunitárias percebidas em relação ao TIP
- Tabela A.4.8: Atitudes equitativas dos géneros em relação à malária na gravidez
- Quadro A.4.9: Percepções dos profissionais de saúde das unidades sanitárias sobre a malária na gravidez
- Tabela A.4.10: Tomada de decisões sobre o CPN
- Tabela A.4.11: Comunicação interpessoal relativa ao CPN
- Tabela A.4.12: Intenção de utilizar a TIP e frequentar CPN
- Tabela A.4.13: Frequência de CPN
- Tabela A.4.14: Utilização de TIP por mulheres durante a gravidez
- Tabela A.4.15: Origem do TIP
- Tabela A.4.16: Resultados da regressão logística que exploram os factores associados à intenção de frequentar o CPN quatro vezes
- Tabela A.4.17: Resultados da regressão logística que exploram os factores associados à intenção de assistir a um CPN no Primeiro Trimestre

Utilização e cuidados com mosquiteiros tratados com insecticida

Comportamentos e intenções	
	<p>Sessenta e sete por cento das pessoas em agregados familiares com redes utilizam-nas sistematicamente.</p> <p>Os factores ideacionais mais importantes associados à utilização consistente de mosquiteiros foram as atitudes favoráveis, a percepção da gravidade da malária, a suscetibilidade, as normas comunitárias de apoio e a percepção de auto-eficácia.</p>
	<p>O rácio global entre a utilização e o acesso aos MTI foi de 0,74.</p> <p>Setenta e cinco por cento das redes foram encontradas penduradas e amarradas por cima do espaço de dormir.</p>

Esta secção descreve os factores ideacionais relacionados com a utilização de MTI, a prevalência de comportamentos de utilização e cuidados com os MTI e as associações entre os factores ideacionais e esses comportamentos utilizando a regressão logística. Os factores ideacionais relacionados com a utilização de MTI explorados no MBS incluem conhecimentos, atitudes favoráveis em relação à utilização e aos cuidados com os MTI, eficácia de resposta percebida, auto-eficácia percebida, normas comunitárias de apoio percebidas e atitudes equitativas de género percebidas. Os comportamentos examinados incluem o acesso e a utilização dos MTI a nível da população, o rácio utilização/acesso aos MTI, a utilização consistente dos MTI pelos inquiridos e os cuidados com a rede.

Variáveis ideacionais relacionadas com a utilização e o cuidado da rede

Resumo factores ideacionais transversais	
Altamente prevalente ($\geq 80\%$)	
	Conhecimento
	Atitudes favoráveis em relação aos cuidados com os MTI
	Percepção de auto-eficácia
	Percepção de atitudes equitativas de género
Menos prevalentes ($\leq 40\%$)	
	Normas comunitárias injuntivas positivas

A Tabela 9 (abaixo) apresenta um resumo dos factores ideacionais relacionados com a utilização de MTI. A maioria dos inquiridos sabia que os MTIs protegem contra a malária (86%). Isto variou muito entre províncias (Cuanza Norte: 78%, Lunda Sul: 88%, Zaire: 92%) e aumentou com o nível de educação (primário não concluído: 81%, secundário ou mais: 92%). Também se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários (45+ anos: 83%, 25-34: 88%) e o quintil de riqueza (segundo: 76%, mais alto: 90%).

Três quartos dos inquiridos tinham atitudes favoráveis em relação aos MTIs. Esta percentagem variava consoante a província (Cuanza Norte: 68%, Zaire: 80%) e aumentava com o nível de escolaridade mais elevado (ensino primário não

concluído: 68%, ensino secundário ou mais: 80%) e com o quintil de riqueza mais elevado (mais baixo: 64%, mais alto: 78%). Embora pequenas, as diferenças entre as zonas urbanas (74%) e rurais (72%) também foram estatisticamente significativas.

As atitudes negativas em relação aos MTI centraram-se no conforto: 51% sentiam que não era fácil abrir e cobrir a cama todas as noites, 51% não gostavam de usar os MTI quando o tempo estava quente e 57% sentiam que o cheiro dos mosquiteiros os tornava desconfortáveis para dormir.

Em contraste, a maioria dos inquiridos tinha atitudes favoráveis em relação aos cuidados com os MTI (92%), o que era mais elevado entre os inquiridos com o ensino primário (96%) e os residentes no Zaire (97%), enquanto era mais baixo entre os inquiridos na Lunda Sul (83%). Para além disso, houve diferenças estatisticamente significativas entre os quintis de riqueza (mais baixo: 89%, quarto: 94%).

Pouco mais de metade dos inquiridos (54%) percepcionou a eficácia de resposta dos MTI. Isto variou entre províncias (Cuanza Norte: 45%, Zaire: 63%) e aumentou entre os grupos de ensino superior (Primário não concluído: 49%, secundário ou superior: 62%) e entre o quintil de riqueza (mais baixo: 43%, mais alto: 59%). A percepção de auto-eficácia total foi bastante elevada entre os inquiridos, com 83% a considerarem que podem realizar várias acções necessárias para utilizar um MTI. Notavelmente, as percepções de auto-eficácia diminuíram com o aumento do quintil de riqueza (mais baixo: 89%, mais alto: 76%); também houve diferenças entre as províncias (Lunda Sul: 79%, Cuanza Norte: 87%).

Para além disso, menos de metade dos inquiridos considerava que as normas comunitárias eram favoráveis à utilização dos MTI. Especificamente, 45% dos inquiridos consideraram que pelo menos metade dos membros da sua comunidade que tinham mosquiteiros os usavam todas as noites. Esta percentagem foi mais elevada entre os inquiridos de Lunda Sul (51%) e mostrou uma variação significativa entre os quintis de riqueza (média: 43%, mais elevada 48%). Por outro lado, 18% dos inquiridos consideraram que os outros membros da sua comunidade aprovariam a sua utilização consistente de MTI (normas comunitárias injuntivas positivas), mas é importante notar que 64% dos inquiridos afirmaram não saber se os outros aprovariam.

Quanto às atitudes de género, 60% dos inquiridos tinham atitudes equitativas de género em relação à utilização de mosquiteiros, na medida em que não dariam prioridade nem aos seus filhos homens nem às suas filhas mulheres se não houvesse mosquiteiros suficientes para todos. Isto variava consoante a região (Zaire: 66%, Cuanza Norte: 55%) e a educação (Primário não concluído: 58%, Secundário ou superior: 68%). No entanto, as crianças do sexo feminino foram ligeiramente mais favorecidas na utilização de MTI, com 37% a concordar que deveriam preferir a utilização de mosquiteiros para as suas crianças do sexo feminino, em comparação com 19% que prefeririam a utilização de mosquiteiros para os seus filhos do sexo masculino.

Posse, utilização e cuidados com os MTI

Posse, acesso e características dos MTI

A maioria (83%) dos mosquiteiros identificados na lista de mosquiteiros eram MTI (como as agências doadoras normalmente adquirem apenas MTI, este resultado é esperado), e os restantes 17% eram mosquiteiros não tratados. A maioria dos MTI identificados foi obtida gratuitamente (95%). A maioria dos MTIs encontrados provinha da campanha de distribuição em massa (85%), com 7% provenientes das CPN, e muitos MTIs tinham menos de 12 meses (89%) e eram brancos (98%). Entre todos os MTIs identificados, 85% foram reportados como tendo sido usados na noite anterior por pelo menos um membro do agregado familiar (83% no Cuanza Norte, 86% na Lunda Sul e 86% no Zaire).

Dois terços (67%) dos agregados familiares possuíam pelo menos um MTI na altura da entrevista, com a taxa mais elevada no Cuanza Norte (76%) e a taxa mais baixa na Lunda Sul (52%). A posse de MTIs pelos agregados familiares aumentou com os quintis de riqueza, variando entre 61% no quintil de riqueza mais baixo e 76% no mais alto.

Em contrapartida, apenas um quarto dos agregados familiares tinha mosquiteiros suficientes (27%), o que foi definido como pelo menos um mosquiteiro para cada duas pessoas no agregado familiar. Tal como a posse de pelo menos um MTI, os agregados familiares com mosquiteiros suficientes eram mais comuns no Cuanza Norte (30%) e aumentavam com o quintil de riqueza, variando entre 22% no quintil mais baixo e 35% no quintil mais alto. Mais agregados familiares urbanos (34%) tinham MTI suficientes em comparação com os agregados familiares rurais (20%).

O acesso da população aos MTIs (com base no pressuposto de que um mosquiteiro pode ser usado por duas pessoas num agregado familiar) foi de 54%. Em todas as províncias, o acesso aos MTIs variou entre 64% no Cuanza Norte e 45% na Lunda Sul. Além disso, o acesso aos MTIs aumentou de 46 % entre as populações do quintil de riqueza mais baixo para 69 % no quintil mais alto.

A utilização de MTI a nível da população foi semelhante ao acesso. Especificamente, 40% de todos os membros do agregado familiar (não se limitando aos inquiridos) usaram um MTI na noite anterior ao inquérito. A utilização de MTI na noite anterior foi mais elevada entre as crianças com menos de cinco anos (47%) e os adultos mais velhos (18 anos ou mais), enquanto os residentes com idades entre os 5 e os 17 anos utilizaram menos MTI (32%) na noite anterior. Além disso, a utilização de MTI na noite anterior foi mais elevada entre as populações do quintil de riqueza mais elevado (47%).

Com níveis semelhantes de acesso e utilização de MTI a nível da população, o rácio utilização/acesso de MTI foi moderado, de 0,74, indicando que, das pessoas com acesso a um MTI no seu agregado familiar, cerca de 74% utilizaram um MTI na noite anterior. O rácio utilização/acesso foi consideravelmente baixo no Cuanza Norte (0,64) e Lunda Sul (0,69), enquanto o rácio era mais elevado no Zaire (0,83). O rácio utilização/acesso foi de 0,69 nas zonas urbanas e de 0,80 nas zonas rurais. Além disso, o rácio utilização/acesso era mais elevado no quintil de riqueza mais baixo (0,72) e diminuía ligeiramente com o aumento do nível de riqueza, atingindo 0,68 no quintil de riqueza mais elevado.

Utilização consistente de MTI pelos inquiridos

Mais de dois terços (67%) dos inquiridos referiram que utilizavam uma rede de forma consistente, definida como utilização todos os dias da semana. O uso consistente da rede diminuiu à medida que a idade do inquirido aumentou (15-24: 66%, 45+ anos: 61%), e variou por província (Cuanza Norte: 74%, Lunda Sul: 57%, Zaire: 67%).

Cuidados e reutilização dos MTI

As taxas de cuidados com os MTI em Angola variaram. Especificamente, cerca de metade (52%) dos mosquiteiros encontrados em casa tinham sido lavados anteriormente (Cuanza Norte: 52%, Lunda Sul: 67%, Zaire: 68%). Das redes que tinham sido lavadas, o sabão foi o agente de lavagem mais comum utilizado (64%), e as redes eram normalmente secas à sombra (63%) e, menos frequentemente, ao sol (35%; o que não é recomendado). Na altura do inquérito, só 8% das redes estavam pendurado, dobrado e amarrado por cima do espaço de dormir, o que é recomendado para evitar que se danifiquem.

Os inquiridos foram também questionados sobre as medidas específicas que tomam para cuidar das redes. Entre as acções específicas que os inquiridos assinalaram para cuidar das suas redes incluem-se enrolar ou atar as redes quando não estão a ser utilizadas (44%), manusear as redes com cuidado (24%) e lavar as redes com cuidado (15%).

Além disso, apenas 14% de todos os inquiridos referiram ter reutilizado uma rede que já não era útil para dormir debaixo dela. Entre os que reutilizaram redes, os usos mais comuns foram a reutilização neutra e incluíram a protecção de sementeiras/culturas (39%), como corda ou para amarrar (5%) e outros fins (44%).

Tabela 9. Resumo das variáveis ideacionais relacionadas com os MTIs

Percentagem de inquiridos que se referem a factores ideacionais por características sociodemográficas, Angola 2023 (N=4.261)

Característica	Conhecimentos sobre a prevenção da malária com recurso a redes mosquiteiras	Atitudes favoráveis em relação aos MTI	Atitudes favoráveis relativamente aos cuidados com os MTI	Percepção da resposta-eficácia dos MTI	Auto-eficácia percebida para usar os MTI	Normas comunitárias descritivas e de apoio percebidas em relação aos MTIs	Normas comunitárias injuntivas de apoio percebidas em relação aos MTIs	Atitudes equitativas de género relacionadas com a utilização de MTI
Total (%)	85,6	73,4	91,7	53,9	82,5	45,3	18,0	60,1
Província	***	***	***	***	**	***	***	*
Cuanza Norte	78,2	68,4	93,6	45,3	87,1	42,6	12,1	55,2
Lunda Sul	87,7	72,1	83,3	54,6	78,7	50,8	16,2	59,3
Zaire	92	80,2	96,7	62,6	80,7	43,7	26	66,2
Sexo								
Feminino	85,5	72,9	91,4	53,3	81,9	44,5	18	60,0
Masculino	86,5	77	93,4	57,4	85,9	50,4	18,2	61,2
Idade	*						***	
15-24	85,1	73,2	93,8	54,9	84,5	45	20,9	61,4
25-34	88	74,1	95,6	49,2	84,9	45,3	18,3	64,0
35-44	84,8	75,3	88,2	59,5	79,2	43,4	16,8	55,2
≥45	83,2	69,4	82,4	52,1	76,8	49,5	11	56,0
Residência		*						
Urbano	84,5	74,1	89,6	55	81,6	45	18	55,9
Rural	87,6	72,3	95,2	52,1	83,9	45,8	18	60,5
Educação	***	***	**	***			***	*
Nenhum	80,8	67,9	88,1	49	82,3	46,5	12,8	57,8
Primário	88,5	77,7	95,9	55,3	84,6	41,4	21,4	57,0
Secundário ou mais	91,9	79,7	94	62	80,6	47,4	24,4	68,2

Quartil de riqueza	***	***	**	***	***	*	***	
Mais baixo	82,3	64	89,2	42,6	88,8	45,9	13,5	62,5
Segundo	76,2	77	92,2	54,7	84,1	45,1	13	54,1
Médio	89,3	68,6	91,7	54,6	81	43	16,7	54,6
Quarto	89,9	79,6	94,3	58	83,2	44,2	21,7	67,9
Mais alto	89,5	77,7	90,9	59	75,8	48,2	24,2	60,8
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001								

Análise de regressão logística

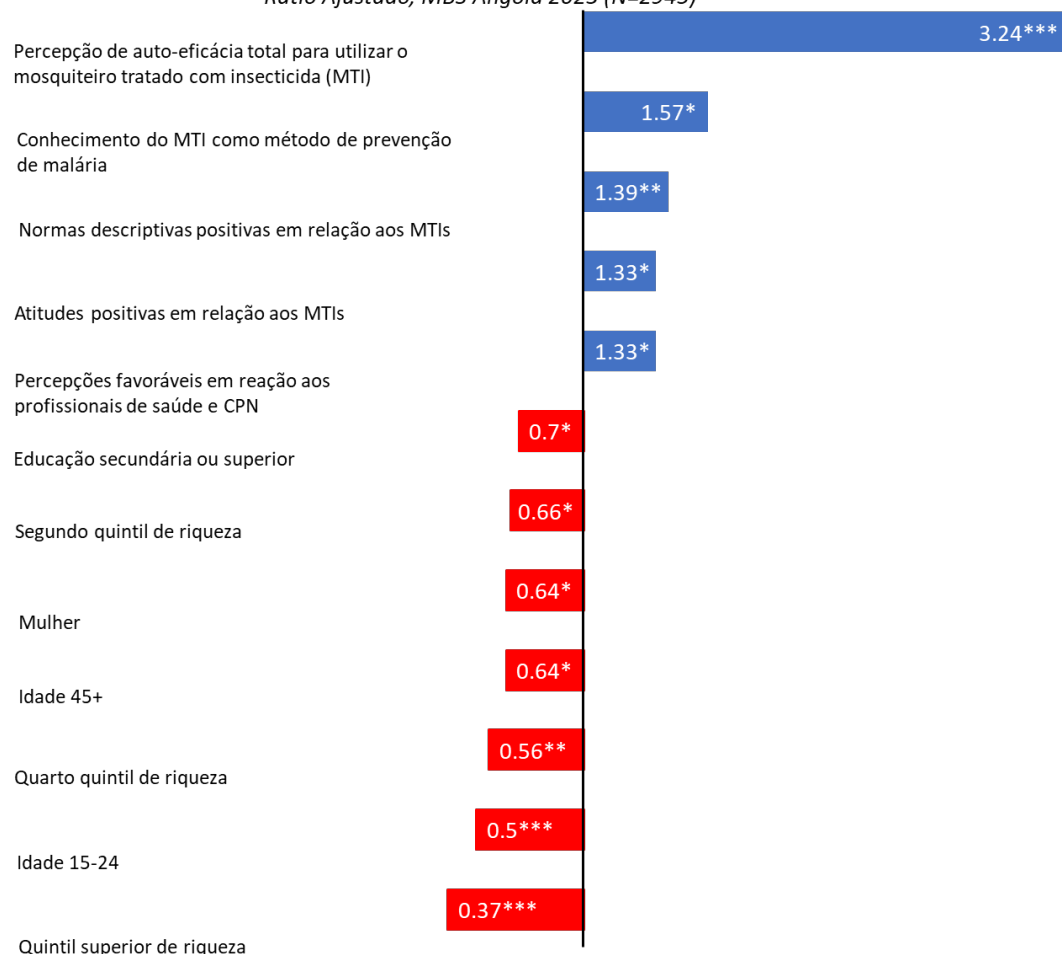
Foram utilizadas regressões logísticas ajustadas para explorar os factores ideacionais relacionados com a utilização consistente dos MTI, bem como o comportamento específico de cuidados com os MTI de enrolar os MTI quando não estão a ser utilizados.

Utilização consistente dos MTI

Foi estimado um modelo de regressão multivariável para avaliar os factores associados à utilização consistente de redes (utilização de qualquer tipo de rede) comunicados por inquiridos individuais e factores ideacionais e estruturais. O uso consistente de redes é definido como a utilização de uma rede para dormir todas as noites da semana e foi perguntado a todos os inquiridos. Os resultados estatisticamente significativos são apresentados na Figura 10, enquanto os resultados completos do modelo podem ser encontrados na Tabela 10.

Verificou-se que vários factores ideacionais relacionados com a utilização da Internet estavam significativamente associados à utilização regular. A percepção de auto-eficácia total para a utilização da rede [OR: 3,24, 95% CI: 2,52-4,16] foi positivamente associada à utilização regular da rede. Além disso, os inquiridos que percepcionavam normas descritivas positivas da comunidade tinham maiores probabilidades de utilização regular [OR: 1,39, IC 95%: 1,11-1,75] do que aqueles que não as percepcionavam. Outros factores significativamente associados de forma positiva à utilização consistente de MTI incluíam o conhecimento dos MTI como método de prevenção da malária [OR: 1,57, IC 95%: 1,14-2,16], atitudes positivas e equitativas de género relacionadas com a utilização de MTI [OR: 1,33, IC 95%: 1,05-1,67] e atitudes favoráveis em relação aos MTI [OR: 1,33, IC 95%: 1,03-1,74]. Em contrapartida, vários factores sociodemográficos foram inversamente associados à utilização regular de mosquiteiros. As mulheres tinham menos probabilidades de utilização consistente [OR: 0,64, 95% CI: 0,45-0,91] em comparação com os homens, e os inquiridos com ensino secundário ou superior tinham menos probabilidades [OR: 0,7, 95% CI: 0,5-0,97] do que os inquiridos que não tinham concluído o ensino primário. Outros factores negativamente associados à utilização regular da rede incluíam o estatuto socioeconómico, com os inquiridos no segundo [OR: 0,66, IC 95%: 0,44-1,00], quarto [OR: 0,56, IC 95%: 0,36-0,86] e quintil mais elevado [OR: 0,37, IC 95% 0,24-0,57] a terem menores probabilidades de utilização regular da rede em comparação com o quintil de riqueza mais baixo. Por último, a idade foi um fator associado inversamente significativo, com os inquiridos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos [OR: 0,50, IC 95%: 0,37-0,66] e os 45 ou mais anos [OR: 0,64, IC 95%: 0,43-0,97] a apresentarem menores probabilidades de utilização regular da Internet do que os inquiridos de outros grupos etários.

Figura 10. Factores Significativamente Associados: Uso Consistente de Mosquiteiros e o Odds Ratio Ajustado, MBS Angola 2023 (N=2945)



Significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p \leq 0.001$

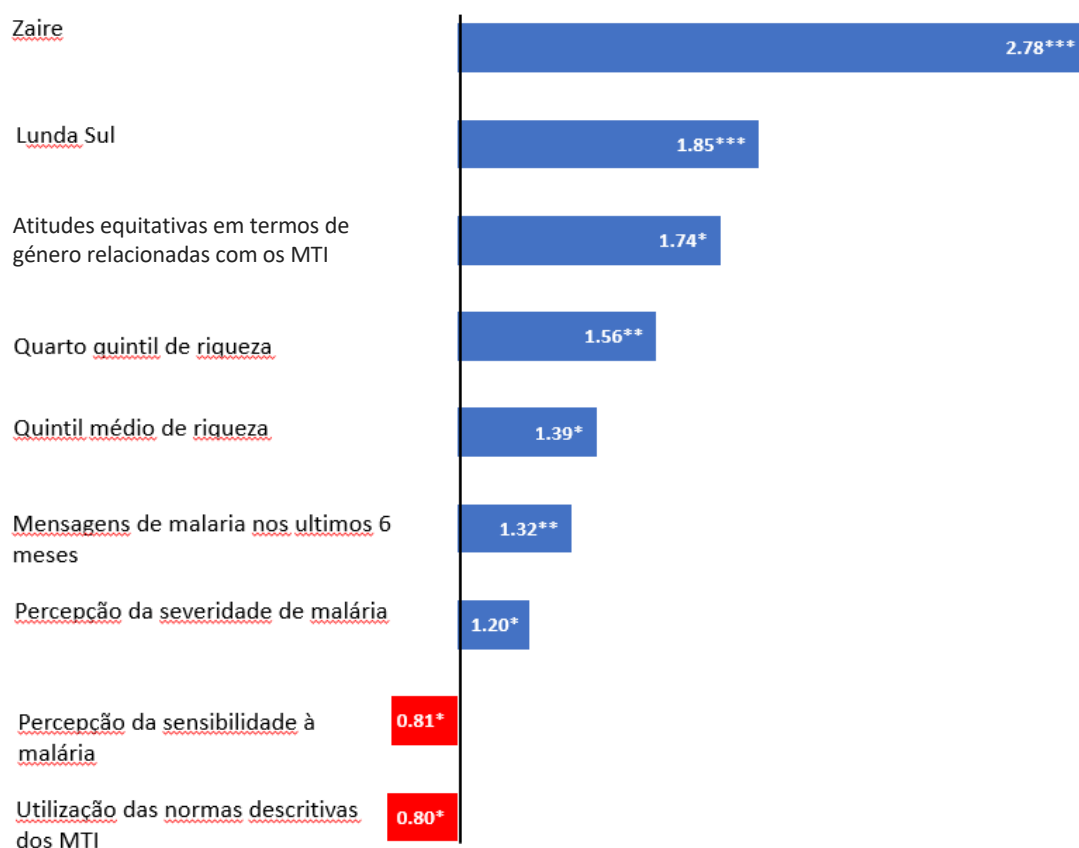
Cuidados a ter com os MTI

Foi estimado um modelo de regressão multivariável para avaliar os factores associados à comunicação do comportamento recomendado de cuidados com a rede (amarrar a rede quando não está a ser utilizada) e factores ideacionais e estruturais. Os resultados estatisticamente significativos são apresentados na figura 10, enquanto o modelo completo pode ser visto na tabela 11. Verificou-se que muitos determinantes ideacionais relacionados com os MTI estavam significativamente associados ao facto de se amarrar/dobrar um mosquiteiro quando não está a ser utilizado. As atitudes favoráveis relativamente aos cuidados com os MTI [OR: 1,74, 95% CI:1,03-2,94] foram positivamente associadas a este comportamento. Além disso, os inquiridos que consideravam a malária grave tinham mais probabilidades de amarrar/dobrar o mosquiteiro quando não estava a ser utilizado [OR: 1,39, 95% CI:1,11-1,75] do que aqueles que não o faziam. Dois factores ideacionais foram inversamente associados ao comportamento de cuidados com os MTI. Os inquiridos que percepcionavam a susceptibilidade à malária tinham probabilidades mais baixas [OR: 0,81, 95% CI:0,68-0,97] do que os que não percepcionavam. Os inquiridos

que consideravam que os MTI eram uma norma comunitária também tinham probabilidades mais baixas [OR: 0,80, 95% CI:0,67-0,95] do que os que não consideravam.

Por último, verificou-se que os factores estruturais estavam significativamente associados, incluindo a região, o quintil de riqueza e a exposição a mensagens sobre a malária. Especificamente, os inquiridos na Lunda Sul [OR: 1,85, 95% CI:1,43-2,39] e no Zaire [OR: 2,78, 95% CI:2,22-3,49] tinham maiores probabilidades de reportar cuidados adequados com o mosquiteiro do que os inquiridos no Cuanza Norte. Além disso, os inquiridos no quintil médio de riqueza [OR: 1,39, IC 95%: 1,02-1,90] e no quarto quintil de riqueza [OR: 1,56, IC 95%: 1,13-2,15] tinham probabilidades mais elevadas do que os inquiridos no quintil de riqueza mais baixo. Por último, os inquiridos que referiram ter sido expostos a uma mensagem sobre malária nos últimos seis meses tinham probabilidades mais elevadas [OR: 1,32, IC 95%: 1,09-1,60] do que os que não o fizeram.

Figura 11. Factores Significativamente Associados com comportamento adequado em relação a MTI e seus Odds Ratios ajustados, MBS Angola 2023 (N=2945)



Significância: * p<0.05; ** p<0.01; ***p≤0.001

Tabela 10: Resultados da regressão logística que explora os factores associados ao facto de dormir sob um MTI todas as noites			
Característica	% com utilização consistente da rede	aOR	IC 95%
Grupo etário, 25-34 como referência			
25-34 (Referência)	65,74	1,00	
15-24	63,40	0,50***	0,37-0,66
35-44	66,22	0,72	0,52-1,01
45 anos ou mais	68,34	0,64*	0,43-0,97
Religião			
Católico (Referência)	68,18	1,00	
Protestante	64,43	1,12	0,86-1,46
Outros	60,71	1,20	0,83-1,74
Província			
Cuanza Norte (Referência)	71,19	1,00	
Lunda Sul	62,14	0,92	0,64-1,32
Zaire	62,00	0,77	0,57-1,05
Sexo			
Homem (Referência)	69,67	1,00	
Feminino	64,71	0,64*	0,45-0,91
Nível de educação			
Primário não concluído (Referência)	63,52	1,00	
Primário	64,61	1,14	0,84-1,55
Secundário ou superior	70,53	0,70*	0,50-0,97
Situação socioeconómica			
Mais baixo (Referência)	63,64	1,00	
Segundo	69,55	0,66	0,44-1,00
Médio	65,63	0,83	0,54-1,28
Quarto	65,06	0,56**	0,36-0,86
Mais alto	63,12	0,37***	0,24-0,57

Residência			
Urbano (Referência)	62,44	1,00	
Rural	69,01	0,96	0,76-1,20
Atitudes favoráveis em relação aos MTI			
Não (Referência)	53,77	1,00	
Sim	70,00	1,33*	1,03-1,74
Conhecimento os MTI são um método de prevenção da malária			
Não (Referência)	56,36	1,00	
Sim	66,67	1,57**	1,14-2,16
Percepções de auto-eficácia total para utilizar os MTI			
Não (Referência)	50,43	1,00	
Sim	68,79	3,24***	2,52-4,16
MTI Utilização da norma comunitária descritiva			
Não (Referência)	61,57	1,00	
Sim	70,77	1,39**	1,11-1,75
Utilização de MTI norma comunitária injuntiva			
Não (Referência)	64,50	1,00	
Sim	69,21	0,97	0,74-1,29
Atitudes equitativas em termos de género relacionadas com os MTI			
Não (Referência)	63,73	1,00	
Sim	66,51	1,33*	1,06-1,67
Recuperação do slogan de campanha			
Não (Referência)	63,17	1,00	
Sim	77,67	1,32	0,95-1,83
Pseudo-R2	0,1120		
Número de observações	2.945		
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001			

Tabela 11. Resultados da regressão logística que explora os factores associados a dobrar ou amarrar uma rede quando não está a ser utilizada

Característica	N (%)	aOR	IC 95%
Grupo etário, 25-34 como referência			
15-24 (Referência)	966 (28,7)	1,00	

25-34	970 (26,5)	1,19	0,96 - 1,48
35-44	654 (23,2)	1,20	0,93 - 1,54
45 anos ou mais	355 (29,2)	1,10	0,80 - 1,52
Província			
Cuanza Norte (Referência)	1.202 (15,1)	1,00	
Lunda Sul	603 (28,0)	1,85***	1,43 - 2,39
Zaire	1.140 (39,4)	2,78***	2,22 - 3,49
Sexo			
Homem (Referência)	543 (20,8)	1,00	
Feminino	2.402 (28,0)	1,22	0,95 - 1,57
Nível de educação			
Primário não concluído (Referência)	1.379 (18,9)	1,00	
Primário	838 (35,9)	1,12	0,89 - 1,40
Secundário ou superior	728 (32,2)	1,09	0,84 - 1,41
Situação socioeconómica			
Mais baixo (Referência)	551 (16,6)	1,00	
Segundo	592 (19,1)	1,27	0,93 - 1,73
Médio	579 (31,1)	1,39*	1,02 - 1,90
Quarto	574 (34,4)	1,56**	1,13 - 2,15
Mais alto	649 (30,3)	1,34	0,96 - 1,87
Residência			
Urbano (Referência)	2.033 (28,3)	1,00	
Rural	912 (24,8)	1,13	0,94 - 1,36
Atitudes favoráveis em relação aos cuidados com os MTI			
Não (Referência)	142 (25,2)	1,00	
Sim	2.803 (27,1)	1,74*	1,03 - 2,94
Percepções da gravidade da malária			
Não (Referência)	1.821 (24,6)	1,00	
Sim	1.124 (30,7)	1,20*	1,00 - 1,43
Percepções de suscetibilidade à malária			
Não (Referência)	1.231 (32,5)	1,00	
Sim	1.714 (22,7)	0,81*	0,68 - 0,97
Conhecimento: Os MTI são um método de prevenção da malária			
Não (Referência)	2.338 (25,6)	1,00	
Sim	607 (33,2)	1,05	0,79 - 1,41
Comunicação interpessoal sobre malária nos últimos 6 meses			
Não (Referência)	1.325 (21,0)	1,00	
Sim	1.620 (31,6)	0,95	0,76 - 1,19
Percepções da eficácia da resposta dos MTI			

Não (Referência)	500 (27,7)	1,00	
Sim	2.445 (26,8)	1,15	0,96 - 1,38
Percepções de auto-eficácia para utilizar os MTI			
Não (Referência)	1.556 (31,0)	1,00	
Sim	1.389 (22,5)	1,28	0,99 - 1,64
Utilização de MTI da norma comunitária descritiva			
Não (Referência)	2.370 (25,9)	1,00	
Sim	575 (31,9)	0,80*	0,67 - 0,95
Utilização de MTI norma comunitária injuntiva			
Não (Referência)	330 (13,6)	1,00	
Sim	2.615 (29,1)	0,94	0,75 - 1,17
Ouviu uma mensagem relacionada com a malária nos últimos seis meses			
Não (Referência)	2.016 (23,2)	1,00	
Sim	929 (34,9)	1,32**	1,09 - 1,60
Pseudo-R2	0,0570		
Número de observações	2.945		
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001			
N refere-se à frequência dos inquiridos em cada linha do grupo, enquanto (%) se refere à percentagem de cada linha que comunicou o comportamento ou intenção			

Informações suplementares

No anexo são apresentados quadros pormenorizados sobre os seguintes indicadores.




- Tabela A.5.1: Conhecimentos sobre a prevenção da malária com recurso a redes mosquiteiras
- Tabela A.5.2: Atitudes favoráveis em relação aos MTI
- Tabela A.5.3: Atitudes favoráveis relativamente aos cuidados com os MTI
- Tabela A.5.4: Eficácia de resposta percebida dos MTIs
- Tabela A.5.5: Auto-eficácia percebida para usar MTI
- Tabela A.5.6: Normas comunitárias percebidas em relação aos MTIs
- Tabela A.5.7: Atitudes equitativas de género em relação aos MTI
- Tabela A.5.8: Posse de redes mosquiteiras pelo agregado familiar
- Tabela A.5.9: Acesso a um MTI
- Tabela A.5.10: Utilização de redes mosquiteiras pelas pessoas do agregado familiar
- Tabela A.5.11: Rácio de acesso à utilização de MTI
- Tabela A.5.12: Utilização dos MTI existentes
- Tabela A.5.13: Características dos MTI
- Tabela A.5.14: Cuidados e reutilização de MTI
- Tabela A.5.15: Cuidados e reaproveitamento de rede

- Tabela A.5.16: Utilização consistente da rede na semana anterior
- Tabela A.5.17: Resultados da regressão logística que explora os factores associados ao facto de dormir sob um MTI todas as noites
- Tabela A.5.18: Tabela A.5.17: Resultados da regressão logística que explora os factores associados a dobrar ou amarrar uma rede quando não está a ser

Consumo de meios de comunicação e exposição a mensagens

Consumo dos meios de comunicação social

A Tabela 12 apresenta um resumo das variáveis relacionadas com o consumo dos media e a exposição às mensagens sobre a malária. Pouco mais de um terço (35%) de todos os participantes ouviam rádio pelo menos uma vez por semana, com taxas ligeiramente mais elevadas observadas entre os inquiridos no Cuanza Norte (44%), os inquiridos do sexo masculino (53%), os que tinham o ensino secundário (49%) e os que estavam no quintil de riqueza mais elevado (50%).

Resumo Consumo dos meios de comunicação social		
	Radio	35%
	TV	51%
	Telemóvel	35%

A visualização de televisão era muito mais comum, com 51% dos participantes a verem televisão pelo menos uma vez por semana. Este facto foi mais acentuado entre os inquiridos no Zaire (67%), os inquiridos mais jovens (15-24: 57%, 25-34: 57%), os que tinham o ensino secundário (83%) e os que se encontravam no quintil de riqueza mais elevado (85%). A visualização de TV foi notavelmente mais baixa entre os inquiridos no quintil de riqueza mais baixo (14%), os inquiridos que não completaram o ensino primário (29%) e os inquiridos no Cuanza Norte (35%).

Pouco mais de um terço (35%) de todos os inquiridos possuía um telemóvel, especialmente entre os homens (49%), os inquiridos com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos (44%), os inquiridos com o ensino secundário (68%) ou os que pertenciam ao quintil de riqueza mais elevado (61%). É de salientar que, entre todos os inquiridos com telemóveis, a maioria (90%) referiu que podia utilizar o chat ou

mensagens nos seus dispositivos, enquanto uma percentagem menor referiu que os seus dispositivos podiam enviar ou receber ficheiros de áudio (56%), imagens (55%) ou vídeos (51%).

Exposição e recordação de mensagens

Apenas cerca de um quarto (28%) dos inquiridos declarou ter visto ou ouvido uma mensagem sobre a malária nos seis meses anteriores ao inquérito. A exposição a mensagens sobre a malária foi maior entre os inquiridos com ensino secundário (40%), enquanto foi menor entre os inquiridos no quintil de riqueza mais baixo (20%). Foram observadas diferenças entre as províncias (Cuanza Norte: 31%, Lunda Sul: 24%), sexo do inquirido (mulheres: 27%, homens: 37%), grupo etário do inquirido (15-24: 26%, 45+ anos: 33%).

A principal fonte de mensagens sobre a malária foi a unidade de saúde, com 45% dos inquiridos a ouvir uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses. Quase um terço ouviu uma mensagem sobre a malária na televisão (31%) e 22% ouviram uma mensagem na rádio. Menos de um quinto (17%) dos inquiridos conseguiu completar o slogan da campanha ZMCC da MSC, que aumentou com o aumento do quintil de riqueza (mais baixo: 8%, mais alto: 23%) e da educação (não completou o ensino primário: 9%, secundário ou mais: 27%). Muitos reconheceram o slogan Zero Malária na televisão (37%), numa unidade de saúde (34%) ou na rádio (30%).

Tabela 12. Resumo das variáveis relacionadas com o consumo de media

Percentagem de inquiridos que declaram consumir meios de comunicação social, por tipo de meio de comunicação social e características sociodemográficas, Angola 2023 (N=4.261)

Características	Ouve rádio pelo menos uma vez por semana	Vê televisão pelo menos uma vez por semana	Posse de telemóvel	Concluiu um slogan de campanha (Zero Malária Começa Comigo)	Viu ou ouviu uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses
Total (%)	35,4	51,1	35,2	16,9	28,1
Província	***	***	***	***	*
Cuanza Norte	31,2	35,1	21,5	14,3	31,2
Lunda Sul	44,3	52,8	39,7	21,4	23,5
Zaire	32,3	67,1	46,4	15,8	28,7
Sexo	***	**	***	***	***
Mulher	32,6	51,2	33,1	16,1	26,6
Homem	52,8	50,7	48,8	21,6	37,4
Grupo etário	**	***	***	*	***
15-24	33,9	57,4	27,3	17,8	25,5
25-34	36,3	56,9	44,5	17,9	29,9
35-44	33,4	43,4	35,4	15,1	27
≥45	41	33,4	36	14,8	33,2
Residência			*		
Urbano	36,1	53,8	37,9	18,2	28,9
Rural	34,2	46,7	30,8	14,6	26,8
Educação	***	***	***	***	***
Primário não concluído	29,9	28,7	17,7	9,1	20,8
Primário	33,1	62,2	36,7	22	30,9
Secundário ou superior	48,6	82,9	68,1	26,6	39,5
Quintil de riqueza	***	***	***	***	***
Mais baixo	20,2	14	3,8	7,6	20,1
Segundo	27,5	27,5	22	14,1	26,7
Médio	37,3	49,5	30,4	19,5	31,1
Quarto	40,6	74,7	55,7	19,8	31,5
Mais alto	49,6	85,1	60,8	22,7	30,8

Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

Informações suplementares

No anexo são apresentados quadros pormenorizados sobre os seguintes indicadores.

- Tabela A.6.1: Audição de rádio pelo menos uma vez por semana
- Tabela A.6.2: Hora preferida para ouvir rádio
- Tabela A.6.3: Visualização de televisão pelo menos uma vez por semana
- Tabela A.6.4: Hora preferida para ver televisão
- Tabela A.6.5: Propriedade de telemóvel ou tablet
- Tabela A.6.8: Exposição a mensagens sobre a malária

Conclusões e recomendações

O controlo e a eliminação da malária dependem, em grande parte, da adoção de comportamentos de prevenção e tratamento da malária. Compreender os comportamentos relacionados com a malária e os factores que influenciam a prática desses comportamentos pode fornecer a base para melhorar a MSC sobre os comportamentos relacionados com a malária. Tendo em conta as tendências de transmissão e casos de malária, e as intervenções que estão a ser implementadas, o inquérito Angola 2023 MBS é um recurso essencial para informar decisões programáticas e políticas. Esta secção discute implicações relevantes e accionáveis dos resultados do MBS Angola 2023.

Factores Ideacionais Transversais

Os factores ideacionais incluem crenças, conhecimentos e percepções da malária. Estes factores são importantes porque podem ser modificados através de intervenções, incluindo a MSC. No seu conjunto, os factores ideacionais relativos à malária estão a um nível baixo, com espaço considerável para melhorias. Cinquenta e cinco por cento dos inquiridos têm conhecimentos básicos sobre a malária, 54% consideram que são susceptíveis à malária, 38% consideram a malária grave e apenas 16% falaram com o cônjuge ou parceiro sobre a malária nos últimos seis meses. A recente pandemia de COVID-19 fez com que as pessoas fossem expostas a um grande número de mensagens sobre a prevenção e o controlo da doença. Este facto pode ter atrasado os esforços para influenciar as percepções dos comportamentos relacionados com a malária.

As principais conclusões do MBS apresentam às partes interessadas que trabalham para reduzir a malária em Angola uma fonte fiável de dados para informar a concepção de actividades baseadas em provas e utilizadas para informar os planos e estratégias de comunicação de MSC a nível nacional. Os resultados do MBS fornecem informações sobre os factores que motivam (ou desmotivam) as pessoas a utilizar as intervenções de prevenção e tratamento da malária. Estes factores cognitivos, emocionais e de ideação social influenciam os comportamentos das pessoas. Quando estes factores são identificados, os programas de luta contra a malária podem desenvolver actividades baseadas em evidências para influenciar positivamente estes factores e, assim, provocar uma mudança de comportamento positiva. Estes resultados ajudam a compreender melhor porque é que as pessoas se comportam da forma como o fazem, e podem ser abordados nas mensagens e na concepção das actividades.

Os programas de MSC relacionados com a malária devem aumentar os conhecimentos gerais sobre a malária, e as actividades de MSC podem promover conversas activas sobre a malária em agregados familiares e comunidades. As pessoas estão muito familiarizadas com a malária e os seus meios de prevenção e tratamento; no entanto, esta familiaridade pode levá-las a ignorar a sua potencial gravidade, especialmente para crianças pequenas e mulheres grávidas.

Procura de cuidados para a febre em crianças com menos de cinco anos

Os dados do MBS demonstraram taxas apreciáveis de procura de cuidados para a malária. De 302 crianças com menos de cinco anos de idade com febre durante as duas semanas anteriores ao inquérito, 91% dos seus prestadores de cuidados procuraram cuidados e 75% dos prestadores de cuidados com uma criança febril com menos de cinco anos procuraram cuidados imediatos e adequados. Os factores que facilitaram

a procura de cuidados imediatos e adequados foram o conhecimento abrangente sobre a procura de cuidados para a febre e a percepção de que as unidades de saúde tinham tratamentos contra a malária disponíveis.

No entanto, apenas 42% da amostra total tinha conhecimentos completos sobre a procura de cuidados para a febre. A baixa percepção de suscetibilidade foi um obstáculo à obtenção de cuidados adequados e atempados. Enquanto 55% identificaram os medicamentos ACT como o tratamento adequado para os casos agudos de malária, indicaram incorretamente o SP/Fansidar (12%) e o paracetamol (15%) como os tratamentos adequados. Cinquenta e oito por cento pensam que a malária pode ser diagnosticada através de uma análise ao sangue ou pelos sintomas. Enquanto 84% consideravam eficazes os medicamentos contra a malária disponíveis nos centros de saúde, 51% pensavam que os medicamentos obtidos no mercado eram igualmente eficazes.

Para além de aumentar e manter a disponibilidade de testes e medicamentos para diagnosticar e tratar a malária, os programas podem apoiar a procura rápida e adequada de cuidados para a febre com actividades de MSC que:





- Melhorem as percepções sobre a disponibilidade e a eficácia dos testes e dos medicamentos nas unidades de saúde e sobre a superioridade dos medicamentos obtidos nas unidades de saúde em relação aos disponíveis no mercado.
- Promovam o ACT como o tratamento mais eficaz e recomendado para a malária, em vez de SP/Fansidar ou paracetamol.
- Promovam a administração da primeira dose de ACT na unidade de saúde para garantir o início atempado do tratamento.

As intervenções de MSC podem ser concebidas e implementadas para comunicar mais eficazmente sobre o tratamento da malária a nível individual, comunitário, sobre os prestadores de cuidados de saúde e sobre as políticas. As audiências importantes relacionadas com a gestão de casos incluem os prestadores de cuidados e os seus filhos, membros da comunidade e, quando apropriado, outro pessoal como os agentes de desenvolvimento comunitário e sanitário (ADECOS).

A nível individual, os esforços devem abordar as lacunas de conhecimento persistentes, particularmente sobre o significado e a importância da procura de cuidados rápidos e adequados e do início imediato do tratamento. Especificamente, as mensagens devem enfatizar os cuidados imediatos e apropriados, capacitar os utentes para solicitarem testes para os seus filhos com febre ou medicamentos para as crianças diagnosticadas com malária, garantir o acompanhamento dos resultados dos testes de malária, e, na medida do possível, melhorar as percepções sobre a disponibilidade de testes e medicamentos a nível dos estabelecimentos. As mensagens sobre a gravidade da malária e a prevenção da malária podem complementar as mensagens gerais sobre o tratamento rápido e adequado da malária. Uma investigação qualitativa adicional pode explorar mais profundamente as razões para a procura tardia ou inadequada de cuidados e como estas razões podem ser abordadas com a MSC.

A nível dos prestadores de cuidados de saúde e dos sistemas de saúde, os esforços devem centrar-se na melhoria do comportamento dos prestadores e na qualidade dos cuidados para aumentar a aceitação dos serviços e melhorar as competências técnicas e de comunicação interpessoal. Muitos dos inquiridos do MBS consideram que os prestadores de cuidados de saúde nem sempre dispõem dos materiais

necessários, incluindo testes e medicamentos, pelo que a falta de acesso a serviços ou produtos pode estar a inibir a procura imediata de cuidados. No entanto, os dados deste inquérito não nos permitem formular recomendações específicas relativamente aos prestadores de cuidados de saúde ou aos sistemas logísticos. O MBS não recolhe dados diretamente dos trabalhadores de saúde baseados na comunidade ou nas instalações, tais como a avaliação da qualidade dos cuidados para a febre nas instalações de saúde de primeiro nível, a avaliação do acesso a cuidados e tratamento em zonas rurais remotas, ou a avaliação da cadeia de abastecimento de testes e tratamentos de malária. Os investimentos destinados a aumentar o número, a distribuição e a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde da comunidade e das unidades sanitárias, ou a melhorar a cadeia de abastecimento de testes e tratamentos da malária, podem resolver os obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde, especialmente em comunidades vulneráveis de difícil acesso. Por conseguinte, os programas de MSC que criam percepções positivas dos prestadores de cuidados de saúde para combater a crença de que os prestadores de cuidados de saúde nem sempre têm os produtos necessários podem ter de ser complementados com medidas para reforçar a gestão da cadeia de abastecimento para garantir a disponibilidade de produtos como os RDT e as ACT. Dada a elevada proporção da população urbana, poderão ser necessárias outras medidas para melhorar o acesso aos cuidados de saúde nas zonas urbanas.

Resumo das recomendações	
Individual 	Reforçar o comportamento de procura de cuidados atempados e adequados, tendo em conta que a confirmação do diagnóstico da malária e os medicamentos só estão disponíveis nas unidades de saúde
	Mensagens complementares sobre a gravidade da malária - Chamar à atenção para a suscetibilidade à malária e aos impactos negativos no bem-estar do indivíduo
	Melhorar a perceção da disponibilidade e da eficácia dos testes e dos medicamentos nas unidades de saúde, complementada por medidas destinadas a melhorar a gestão da cadeia de abastecimento, se for caso disso
	Promover o início imediato do tratamento na unidade de saúde
Comunidade 	Envolver as estruturas comunitárias para identificar os objectivos de saúde e as ligações com as unidades de saúde.
	Promover o diálogo e a confiança com os prestadores de serviços
	Identificar e promover o papel adequado do ADECOS no tratamento e encaminhamento de casos de malária
Prestadores de cuidados de saúde 	Melhorar as competências técnicas e interpessoais dos prestadores de cuidados de saúde
	Assegurar o fornecimento adequado de produtos de base
	Incentivar a administração da primeira dose de ACT nos estabelecimentos de saúde
Política 	Aumentar o acesso aos cuidados de saúde contra a malária, nomeadamente através de uma maior formação dos ADECOS.

Malária na gravidez

As políticas existentes relacionadas com a malária na gravidez em Angola incluem:

- Os mosquiteiros tratados com inseticida são distribuídos gratuitamente durante as CPN.
- Os serviços de CPN/TIP são gratuitos.

Os dados do MBS demonstraram taxas apreciáveis de comparência às CPN, de utilização de MTI e de tratamento preventivo com SP/Fansidar durante as consultas de CPN, mas ainda há muito a melhorar. Sessenta e seis por cento das mulheres declararam ter recebido um MTI durante uma CPN. Apenas 46% das mulheres referiram ter iniciado as CPN durante o primeiro trimestre, com uma variação considerável por província: de 62% no Zaire, para 42% no Cuanza Norte e 34% na Lunda Sul. Há uma queda considerável na quantidade relatada de consultas de CPN, com 91% das mulheres a frequentarem o CPN1, caindo para 68% no CPN4. Há uma queda semelhante na receção do TIP1 (92%) para o TIP3 (65%), com a maior queda no Cuanza Norte, de 88% para o TIP1 para 57% para o TIP3. Estes dados do MBS dão uma ideia das tendências entre as percepções das mulheres sobre a utilização dos serviços nas três províncias, no entanto, sendo um inquérito transversal, o MBS não apresenta estatísticas de utilização dos serviços de saúde para as quais os dados do DHIS2 serão uma fonte definitiva.

Os factores que facilitaram a adoção dos comportamentos recomendados durante a gravidez foram a elevada eficácia de resposta de 90% para o TIP (percepção de que tomar SP/Fansidar é eficaz) e a elevada auto-eficácia das mulheres para tomar o TIP (71%). No entanto, apenas 53% das mulheres têm percepções favoráveis sobre os profissionais de saúde nas unidades de saúde e apenas 17% têm conhecimento das recomendações para tomar TIP. Os factores que favorecem a frequência das CPN quatro vezes ou mais são o conhecimento completo das CPN, o quintil de riqueza mais elevado, as percepções favoráveis dos profissionais de saúde nas unidades de saúde e a elevada auto-eficácia para a frequência das CPN.

Para melhorar o conhecimento e os comportamentos relacionados com a CPN, os programas de MSC podem:

- Identificar os canais de comunicação mais eficazes para atingir as mulheres, especialmente as analfabetas ou com um nível de instrução limitado, com um estatuto socioeconómico inferior ou que vivem em zonas rurais remotas, tais como a comunicação interpessoal e a mobilização comunitária;
- Salientar os benefícios adicionais da CPN, e a importância de iniciar a CPN durante o primeiro trimestre. Salientar claramente os perigos da malária na gravidez para a mãe e para o feto.
- Promover o que é o TIP, porque é que é necessário, o número recomendado de doses necessárias, quando o obter e onde o obter.



O MBS de Angola não incluiu a recolha de dados diretamente junto dos prestadores de cuidados pré-natais e intraparto, tais como médicos, parteiras, enfermeiras obstétricas e parteiras tradicionais. Poderão justificar-se investimentos para aumentar o acesso aos cuidados pré-natais, especialmente nas comunidades vulneráveis de difícil acesso. Da mesma forma, poderá ser necessário melhorar a qualidade dos cuidados através de formação, supervisão e incentivos. No entanto, os dados deste inquérito não nos permitem formular recomendações específicas relativamente ao acesso aos cuidados pré-natais, à qualidade dos cuidados e aos prestadores de cuidados maternos.

As actividades de MSC e de melhoria da prestação de serviços podem trabalhar em conjunto para se concentrarem na melhoria das percepções comuns dos prestadores de serviços, melhorando também os

conhecimentos e as normas dos profissionais de saúde, contrariando as percepções negativas que as pessoas têm dos profissionais de saúde e melhorando o aconselhamento durante as consultas de CPN. As percepções dos clientes sobre os prestadores de cuidados de saúde podem ser melhoradas com experiências mais positivas com os prestadores de cuidados de saúde; por conseguinte, as intervenções de MSC ao nível dos prestadores de cuidados de saúde podem procurar melhorar o seu comportamento e a qualidade dos cuidados. Recomenda-se o reforço de capacidades e programas de supervisão de apoio para melhorar os conhecimentos técnicos do CPN/TIP atualizado e as competências de comunicação interpessoal dos prestadores de serviços - tanto os baseados nas escolas técnicas de saúde como os baseados na comunidade.

É necessária uma gestão complementar da cadeia de abastecimento para garantir um abastecimento adequado de produtos de base. O programa deve considerar a expansão e o apoio contínuo à prestação de serviços pela DNSP (Direcção Nacional de Saúde Pública), incluindo:

- Expansão dos serviços de CPN para as unidades de saúde de nível inferior (ou seja, postos de saúde), associada a uma sensibilização contínua para os benefícios e a importância da frequência precoce de CPN;
- Envolver as mulheres grávidas com mais de 35 anos como público das actividades de MSC de CPN, criando mensagens adaptadas e melhorando a prestação de serviços para atrair este grupo etário específico. Melhorar a cobertura e a qualidade das CPN no sector privado, começando por aceder a dados sobre a prestação de serviços de CPN a nível do sector privado.
- Organizar grupos de mulheres e promover o envolvimento de influenciadores/formadores de opinião baseados na comunidade em actividades relacionadas com a malária na gravidez para promover a comparência precoce às CPN e a utilização de Fansidar/SP, e mudar a percepção das normas comunitárias em torno das CPN e do TIP.
- Considerar a possibilidade de reforçar o papel da ADECOS na transmissão de mensagens de promoção da saúde, a fim de aumentar a frequência precoce às CPN, aumentar a distribuição e a procura de Fansidar/SP e diminuir as oportunidades perdidas pelas mulheres grávidas.

Resumo das recomendações	
Individual 	Reforçar a importância do início precoce das CPN e da realização de quatro ou mais CPN, bem como de um conhecimento abrangente da malária na gravidez, incluindo CPN e TIP.
	Desenvolver programas MSC personalizados para mulheres com mais de 35 anos.
	Aumentar os conhecimentos sobre os perigos da malária na gravidez para a mãe e o feto.
Prestador de cuidados de saúde 	Quando e à medida que os serviços de CPN forem alargados a outros níveis das unidades de saúde, associar a promoção da importância do CPN e do TIP pelos prestadores de serviços junto das utentes
	Melhorar as atitudes e a comunicação interpessoal
	Assegurar uma supervisão de apoio
	Assegurar a disponibilidade de produtos de base

Utilização e cuidados com redes tratadas com inseticida

As políticas relacionadas com a utilização e os cuidados com os MTI em Angola incluem

- Os MTI são distribuídos gratuitamente, principalmente através de campanhas de massas e, em menor escala, durante a CPN.
- Normas e directrizes nacionais para que todos os angolanos durmam sob MTIs durante todo o ano.
- Distribuição em massa de MTIs a cada dois ou três anos nas províncias apoiadas pelos doadores (atividade prioritária com base na disponibilidade orçamental).

Os factores ideacionais são geralmente favoráveis à utilização de MTI. Setenta e três por cento dos inquiridos têm atitudes favoráveis em relação aos MTI e 83% têm auto-eficácia para usar os MTI. Os inquiridos consideram que os MTI são úteis e eficazes, embora alguns os considerem desconfortáveis de utilizar. Embora 88% afirmem que os MTI são úteis, 57% afirmam que o odor do inseticida torna desconfortável dormir debaixo de um mosquiteiro, 51% afirmam que é desconfortável dormir debaixo de um mosquiteiro todas as noites e 40% afirmam que é inconveniente para os casais que querem ter filhos. Este incómodo não impede necessariamente a sua utilização.




A principal fonte de MTIs encontrada nos agregados familiares foram as campanhas de massas (85%), seguidas das consultas da CPN (7%) e das consultas de imunização (1%). Dois terços (67%) dos agregados familiares têm redes mosquiteiras, com uma variação notável por província de 76% no Cuanza Norte para 69% no Zaire e 52% na Lunda Sul. O uso de redes mosquiteiras, entre os que têm acesso a uma rede, foi de 74%, com variação por província de 83% no Zaire a 69% na Lunda Sul e 64% no Cuanza Norte, e mais elevado nas zonas rurais (80%) do que nas urbanas (69%). Os facilitadores significativos da utilização de mosquiteiros são a percepção de auto-eficácia e o conhecimento completo sobre os MTIs para a prevenção da malária. As barreiras incluem o facto de ser mulher e um maior número de pessoas no agregado familiar.


Apenas 14% dos inquiridos afirmaram ter reutilizado uma rede inativa, sendo que a maioria destes indivíduos o fez por razões neutras, ou seja, a rede já não era útil para dormir debaixo dela e foi reutilizada de uma forma que não era prejudicial para o ambiente, embora não fosse útil para prevenir a malária.

As recomendações para aumentar o acesso aos MTI e a sua utilização consistente são as seguintes

- Manter e aumentar o investimento em campanhas de distribuição em massa de mosquiteiros tratados com inseticida, que constituem uma via importante para comunicar e motivar as recomendações relativas à utilização e aos cuidados a ter com os mosquiteiros.
- Apoiar a divulgação de mensagens atractivas e persuasivas sobre a utilização de MTI todas as noites através de:
 - Influenciadores a nível comunitário, actividades a nível comunitário; famílias;
 - Aumento da comunicação interpessoal no seio do agregado familiar;
 - Aplaudir as atitudes positivas em relação aos MTI e a percepção da auto-eficácia da sua utilização;

- Os canais dos meios de comunicação social eram adequados para públicos específicos segmentados.
- Apoiar a DNSP nos seus esforços para chegar às populações mais jovens (15-24) e mais velhas (45+) com mensagens sobre mosquiteiros que incentivem a igualdade de género e outras normas positivas relacionadas com a utilização de MTI.
- Promover campanhas através da televisão para chegar a audiências com um nível de escolaridade mais elevado e um estatuto socioeconómico mais elevado, que eram estatisticamente significativamente menos propensas a utilizar de forma consistente os MTI.
- Reforçar a promoção dos MTI e a sua utilização nos programas de saúde escolar.
- Promover a integração multisectorial para promover o acesso e a utilização dos MTI, em especial com a participação do sector privado.

Resumo das recomendações	
Individual 	Fornecer informações adequadas sobre a disponibilidade de MTI através de campanhas, CPN, imunização e do sector privado;
	Reforçar a utilização consistente dos MTI
	Promover que se amarrem ou o enrolem as redes quando não estão a ser utilizadas para as proteger de danos, lavá-las frequentemente e secá-las à sombra.
	Quando já não forem úteis para dormir, promover a reutilização benéfica dos MTI
Comunidade 	Elevar as normas para uma utilização consistente da rede
	Aumentar a comunicação interpessoal sobre a malária e a utilização de mosquiteiros nas famílias;
	Promover o envolvimento efetivo e a capacitação dos influenciadores/líderes de opinião baseados na comunidade, especialmente durante as campanhas de distribuição maciça de MTI;
	Conduzir campanhas de informação individual, doméstico e comunitário através da ADECOS para encorajar a utilização e o cuidado noturno dos mosquiteiros.
Prestador de cuidados de saúde 	Apoiar o acesso dos agregados familiares aos mosquiteiros através de uma distribuição contínua nas instalações, incluindo as CPN
	Promover a utilização consistente de redes durante os CPN e outras visitas às unidades de saúde

Política 	Manter e aumentar o investimento em campanhas de distribuição em massa de MTI
	Promover a integração multi-setorial para promover o acesso e a utilização dos MTI;
	Reforçar a sensibilização para a utilização e os cuidados a ter com os mosquiteiros, em colaboração com instituições de ensino primário e secundário, visando os grupos etários jovens para a mudança de comportamentos

As diretrizes existentes para a MSC durante a distribuição de MTI destacam os comportamentos relevantes ao longo do ciclo de vida do mosquiteiro, incluindo a sua aquisição, utilização, cuidados e fim de vida. As intervenções de MSC relacionadas com a aquisição de mosquiteiros devem fornecer informações sobre a disponibilidade de MTIs durante as campanhas de distribuição em massa de MTIs, clínicas de CPN e de imunização, bem como o acesso através do sector privado. As mensagens sobre a utilização dos MTI devem centrar-se na necessidade de reforçar as normas comunitárias para que os membros da comunidade durmam debaixo de um MTI todas as noites, tanto na estação das chuvas como na estação seca e em ambientes de transmissão alta e baixa, independentemente da forma, tamanho ou cor do MTI, bem como mensagens sobre o cheiro e odor dos MTI novos. As mensagens sobre os cuidados a ter com os MTI incluem atar o mosquiteiro quando não está a ser utilizado, manusear os mosquiteiros com cuidado, mantê-los afastados das crianças e das pragas, lavá-los com pouca frequência numa bacia com sabão neutro e reparar o mosquiteiro quando está rasgado. A utilização indevida, claramente definida pelo PNCM como qualquer utilização de um MTI para outros fins que não a sua utilização prevista como mosquiteiro para proteção contra a infeção por malária, deve ser desencorajada.

As mensagens sobre o fim da vida útil dos MTI devem centrar-se na reparação imediata dos furos (por exemplo, cosendo ou remendando os mosquiteiros com outros mosquiteiros) e na reutilização dos mosquiteiros de uma forma que não os torne indevidos. A reutilização benéfica permite que o utilizador fique protegido contra a malária, incluindo a utilização de MTIs mais antigos como telas de janela. A reutilização neutra não evita as picadas de mosquito e não é prejudicial. Exemplos incluem a cobertura de culturas ou a utilização de tiras de redes velhas como cordas.

Consumo e exposição aos media

A exposição a mensagens sobre prevenção e controlo da malária é inferior ao desejado:

- 28% lembram-se de ter ouvido uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses, sendo que 12% ouviram a mensagem num estabelecimento de saúde, 9% na televisão e 6% na rádio.
- 17% conseguiram completar corretamente o slogan "Zero Malária Começa Comigo".

O acesso aos meios de comunicação social está longe de ser universal, com 45% dos inquiridos a declararem ter acesso à televisão e 36% à rádio. O acesso à rádio é muito mais elevado entre os homens (53%) do que entre as mulheres (33%). A rádio é o meio de comunicação mais ouvido durante a tarde, enquanto a televisão é o meio de comunicação mais visto durante a noite. Cinquenta e quatro por cento dos inquiridos têm um telemóvel básico (com teclado), enquanto apenas 12% têm um smartphone. A posse de telemóvel é muito mais elevada para os homens (49%) do que para as mulheres (33%), e para os inquiridos com ensino secundário ou superior (68%) do que com ensino primário (49%) ou sem ensino

(18%). Por conseguinte, será difícil chegar a certos grupos, especialmente às mulheres sem instrução ou com instrução primária, através da rádio, da televisão e dos telemóveis.

As recomendações para uma comunicação mais eficaz sobre prevenção e controlo da malária incluem

- Diversificar os meios de difusão das mensagens em função das características do perfil de cada população-alvo e dos horários preferidos:
 - Em comparação com os homens, a rádio chega a poucas mulheres.
 - Em geral, a rádio, a televisão e a Internet estão a atingir metade ou menos da população. Modos alternativos de comunicação, tais como interpessoal, mobilização comunitária, grupos de pares, caravanas e eventos podem ser mais apropriados para actividades de MSC contra a malária, incluindo a disseminação da campanha Zero Malária Começa Comigo;
 - Os meios de comunicação áudio são a forma mais adequada de divulgar informação à população com um nível académico mais baixo, ao contrário dos materiais impressos;
 - Embora o acesso à rádio, à televisão e às comunicações móveis não seja muito elevado, estes canais continuam a ser viáveis e devem ser utilizados para a transmissão de mensagens específicas ao público, podendo ser utilizados em conjunto para garantir uma cobertura máxima;
 - Podem ser desenvolvidos e alargados os canais de comunicação interpessoal, incluindo a comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde e através de grupos comunitários;
 - Melhorar a comunicação interpessoal do grupo de pares (ou seja, organizar grupos de mulheres e promover o envolvimento de influenciadores/formadores de opinião baseados na comunidade sobre a malária em geral) e garantir que estes grupos dispõem de materiais de apoio nas línguas locais;
 - Implementar programas de MSC contra a malária, incluindo o desenvolvimento e impressão de materiais, nas línguas locais. Quando os recursos não o permitem, a utilização de postos de trabalhadores comunitários para transmitir mensagens é uma opção económica, logisticamente viável e aconselhável.
-

O envolvimento da comunidade e os canais de comunicação presenciais que utilizam abordagens directas são eficazes para chegar às comunidades rurais. Exemplos de actividades divertidas e interactivas incluem feiras de saúde ou exposições itinerantes sobre a malária que se realizam em dias de mercado ou em escolas locais e incluem sessões de perguntas e respostas, demonstrações de redes penduradas, estações de teste da malária, divulgação de brochuras e folhetos, concursos de música e dança, bem como outras actividades para tornar os eventos divertidos e memoráveis.

Além disso, as estações de rádio comunitárias locais podem ser aproveitadas como canais de comunicação de massas para divulgar mensagens educativas de entretenimento tanto nas línguas oficiais (para o público-alvo jovem) como nas línguas locais, como séries de teatro radiofónico, particularmente em ambientes rurais. Nos contextos urbanos, a rádio nacional e os spots televisivos, para além dos canais das redes sociais, como o Facebook, o Instagram e o WhatsApp, podem ser mais adequados.

Implicações para a investigação futura

A investigação subsequente poderá procurar colmatar as lacunas identificadas no MBS. Os tópicos potenciais incluem:

- Barreiras ao início precoce das CPN e desenvolvimento de intervenções e identificação de canais de comunicação para promover o início precoce, especialmente entre adolescentes e mulheres com baixo nível de literacia ou que residam em zonas rurais remotas.
- Comportamentos dos prestadores de serviços de saúde e como a intervenção da MSC pode ser implementada para afetar o seu comportamento.
- Causas da diminuição da frequência de CPN e da toma de TIP durante a gravidez, e desenvolvimento e teste de uma promoção mais eficaz de mais consultas de CPN e doses de TIP.
- Investigação qualitativa para promover normas comunitárias relacionadas com a procura de cuidados, a malária na gravidez e a utilização consistente de MTI.
- Devem também ser considerados os inquéritos comportamentais e a avaliação do impacto das intervenções atualmente em curso para melhorar a MSC.

Anexo A: Tabelas de dados

Este anexo apresenta todos as tabelas de dados relativos ao apoio ao investimento em Angola de 2023 que não foram incluídos no corpo principal do relatório. É fornecida uma breve descrição do objectivo de cada quadro. Os dados apresentados nas tabelas são frequentemente desagregados por província de estudo e/ou características sociodemográficas do inquirido ou do agregado familiar.

Os quadros de dados relativos às subsecções específicas podem ser encontrados utilizando o índice no início do presente relatório ou as ligações abaixo:

A.3.1: Características da amostra

A.3.2: Determinantes ideacionais transversais

A.3.3: Gestão de casos de paludismo para crianças com menos de cinco anos

A.3.4: Malária na gravidez

A.3.5: Utilização de redes tratadas com inseticida

A.3.6: Consumo de meios de comunicação e exposição a mensagens

A.1 Características da amostra

Esta subsecção do anexo apresenta todas as tabelas de dados relativos às características da amostra. As tabelas seguintes podem ter sido duplicadas ou referenciadas no corpo principal do relatório.

Tabela A.1.1: Características da habitação, por província

Tabela A.1.1: Características do Agregado Familiar, por província				
Distribuição percentual das características seleccionadas do agregado familiar por província, Angola 2023				
Características	Cuanza Norte (N=1.229)	Lunda Sul (N=838)	Zaire (N=1.081)	Total (N=3.148)
Dimensão média dos agregados familiares	5,3	4,6	5,3	5,1
Número médio de quartos de dormir	2,3	2,1	2,4	2,3
% de agregados familiares com eletricidade	37,0	65,2	68,8	55,4
% de agregados familiares perto* de uma unidade de saúde pública	39,1	62,5	73,5	57,1
% de agregados familiares perto* de um estabelecimento de saúde privado	11,6	47,4	33,6	28,7
% de agregados familiares perto* de uma farmácia	25,6	49,9	68,1	46,7
% de agregados familiares com pavimentos acabados	13,2	44,6	62,7	38,6
% de agregados familiares com telhados acabados	93,6	87,9	96,9	93,2
% de agregados familiares com paredes acabadas	22,7	40,8	46,9	35,8
Nota: *Próximo é definido como localizado a 5 quilómetros ou menos, a menos de 30 minutos a pé ou a menos de 10 minutos de carro				

Tabela A.1.2: Pertences do Agregado Familiar e Quintil de Riqueza, por Província

Tabela A.1.2: Pertences do Agregado Familiar e Quintil de Riqueza, por Província				
Distribuição percentual dos activos dos agregados familiares e quintil de riqueza por província, Angola 2023				
Percentagem de agregados familiares com activos	Cuanza Norte (N=1.229)	Lunda Sul (N=838)	Zaire (N=1.081)	Total (N=3.148)
Bens				
Rádio***	25,1	41,5	41,6	35,2
Televisão***	26,8	55,7	60,4	46
Telemóvel simples***	41,8	54,5	59,8	51,4
Smartphone***	2,7	16,3	19,4	12,1
Motociclo***	10,1	22,0	14,8	15,2
Terreno***	91,3	42,6	73,5	72,2
Pecuária***	20,2	12,1	21,8	18,6
Quintil de riqueza***				
Mais baixo	35,3	14,0	9,3	20,7
Segundo	26,0	16,5	15,8	20,0
Terceiro	18,7	22,1	17,9	19,3
Quarto	11,3	25,1	26,0	20,0
Mais alto	8,6	22,4	31,0	20,0
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.1.3: Características sociodemográficas dos membros do agregado familiar, por província

Tabela A.1.3: Características sociodemográficas dos membros do agregado familiar				
Distribuição percentual das características sociodemográficas dos membros do agregado familiar por província, Angola 2023				
Característica	Cuanza Norte (N=6.529)	Lunda Sul (N=3.793)	Zaire (N=5.358)	Total (N=15.680)
Sexo***				
Feminino	52,1	55,3	52,8	53,2
Masculino	47,9	44,7	47,2	46,8
Residência**				
Rural	51,8	49,5	29,1	41,5
Urbano	48,2	50,5	70,9	58,5
Idade***				
0-4	16,5	11,8	14,5	14,5
5-17	40,3	35,6	38,2	38,3
18 anos ou mais	43,2	52,6	47,3	47,2
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.1.4: Características sociodemográficas dos inquiridos, por província

Tabela A.1.4: Características sociodemográficas dos inquiridos				
Distribuição percentual das características sociodemográficas dos inquiridos, por província, Angola 2023				
Característica	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
Sexo **				
Feminino	84,4	84,6	89,9	86,3
Masculino	15,6	15,4	10,1	13,7
Idade***				
15-24	36,7	36,5	34,7	35,9
25-34	27,1	24,8	35,3	29,2
35-44	23,9	21,3	20,7	22
≥45	12,4	17,4	9,4	12,8
Residência**				
Urbano	39,1	37,4	36	37,6
Rural	60,9	62,6	64	62,4
Educação***				
Primário não concluído	65,4	50,6	27,7	48,3
Primário	22,5	19,9	38,4	27,1
≥ Secundário	12,1	29,5	33,9	24,6
Religião***				
Católico	63	9,4	29,8	36,2
Protestante	31,6	80,2	47,1	51
Outros	5,4	10,4	23	12,8
Casado ou a viver em união de facto***				
Não	42,9	26,5	36,9	36,1
Sim	57,1	73,5	63,1	63,9
Quintil de riqueza***				
Mais baixo	35,2	14,7	7,2	19,7
Segundo	25,3	19	11	18,6
Médio	16,1	23,1	20,9	19,8
Quarto	12,9	23,1	27,7	20,9
Mais alto	10,5	20,2	33,1	21
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

A.2 Determinantes ideacionais transversais

Esta subsecção do Anexo apresenta todos os quadros de dados relacionados com os factores ideacionais transversais. Os quadros aqui apresentados resumem a prevalência dos factores ideacionais e podem ser duplicados em relação aos quadros do corpo principal do relatório.

Tabela A.2.1: Conhecimentos correctos sobre a malária

Tabela A.2.1 Conhecimentos correctos sobre a malária												
Percentagem de inquiridos com conhecimentos correctos sobre a malária por província, Angola 2023												
Característica	Cuanza Norte (N=1.582)			Lunda Sul (N=1.193)			Zaire (N=1.486)			Total (N=4.261)		
	Conhecimento de que a febre é o principal sintoma da malária	Conhecimento de que a malária é causada por picadas de mosquito	Conhecimento de que a malária é menos uma das principais medidas de prevenção da malária	Conhecimento de que a febre é o principal sintoma da malária	Conhecimento de que a malária é causada por picadas de mosquito	Conhecimento de que a malária é menos uma das principais medidas de prevenção da malária	Conhecimento de que a febre é o principal sintoma da malária	Conhecimento de que a malária é causada por picadas de mosquito	Conhecimento de que a malária é menos uma das principais medidas de prevenção da malária	Conhecimento de que a febre é o principal sintoma da malária	Conhecimento de que a malária é causada por picadas de mosquito	Conhecimento de que a malária é menos uma das principais medidas de prevenção da malária
Sexo	**			*							**	
Feminino	51,8	78,9	76,1	78,2	90,4	91,2	58,5	91,3	93,0	61,7	86,5	86,4
Masculino	62,6	85,1	91,9	72,1	92,5	77,1	62,1	94,1	91,4	65,6	89,8	86,9
Idade												
15–24	47,1	76,7	75,1	75,6	89,0	93,0	51,3	92,6	90,6	56,9	85,5	85,4
25–34	59,4	85,9	77,4	85,5	94,2	93,7	64,0	93,6	95,6	67,7	91,1	88,9
35–44	51,6	74,2	80,0	77,5	87,6	86,4	60,8	86,7	94,8	61,7	82,0	86,5
45 +	63,3	86,7	88,6	68,9	93,0	77,2	63,2	91,1	86,8	65,5	90,3	83,7

Residência												
Urbano	49,1	79,1	75,8	77,8	93,2	87,8	60,1	90,9	93,1	61,3	87,3	85,3
Rural	60,4	81,0	82,8	76,5	86,4	91,1	56,6	92,9	92,4	63,8	86,4	88,3
Educação												
Primário não concluído	52,9	78,4	76,5	74,0	87,6	85,1	54,4	85,3	91,7	59,6	82,5	82,1
Primário	52,7	75,8	81,9	81,7	90,2	92,4	57,6	92,6	91,1	61,2	86,9	88,5
Secundário ou superior	57,8	95,4	83,2	80,0	96,2	93,3	64,0	95,7	95,8	68,4	95,8	92,6
Quintil de riqueza												
Mais baixo	54,2	75,2	77,1	76,1	88,0	92,1	62,5	93,4	96,5	60,0	80,2	82,7
Segundo	58,8	78,5	72,4	69,4	87,6	78,4	57,8	86,9	89,7	61,7	82,9	77,7
Médio	53,6	86,9	88,8	76,5	94,2	92,3	48,5	95,7	87,9	59,5	92,5	89,7
Quarto	46,4	90,6	82,1	75,6	88,7	92,2	65,8	94,0	94,6	64,5	91,5	91,0
Mais alto	46,6	74,6	78,2	88,4	93,7	89,4	59,1	88,2	94,7	65,0	87,2	90,2
Total (%)	53,5	79,8	78,5	77,3	90,7	89,0	58,9	91,6	92,8	62,2	87,0	86,4
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001												

Tabela A.2.2: Susceptibilidade percebida à malária

A Tabela A.2.2 resume a distribuição da susceptibilidade percebida à malária, com base em respostas a afirmações específicas. Os resultados são apresentados por características sociodemográficas dos participantes e são desagregados por província de estudo.

Tabela A.2.2: Percepção de susceptibilidade à malária				
Percentagem de inquiridos com percepção específica de susceptibilidade à malária por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam com as seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>As pessoas desta comunidade só apanham malária durante a estação das chuvas.</i>	31,9	33,8	50,1	38,6***
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Quase todos os anos, uma pessoa desta comunidade apanha malária grave.</i>	57,1	46,6	51,0	52,0**
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Quando o seu filho tem febre, receia quase sempre que seja malária.</i>	62,3	52,7	72,3	62,9***
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Durante a estação das chuvas, teme quase todos os dias que um membro da sua família sofra de malária.</i>	68,1	64,4	70,5	67,8***
Percentagem de inquiridos que consideram a susceptibilidade à malária	53,1	45,8	62,6	54,2
Sexo				
Feminino	53,2	42,9	61,8	53,3
Masculino	52,5	62,1	69,7	60,0
Idade			*	
15-24	49,0	44,9	56,0	50,1
25-34	54,0	55,7	67,5	59,9
35-44	63,0	47,2	66,3	59,7
≥45	44,0	32,2	60,8	43,5
Residência				
Urbano	50,7	42,1	61,1	51,8
Rural	56,7	52,0	65,4	58,2
Educação	*	*	**	
Primário não concluído	56,6	42,6	68,9	54,7
Primário	42,8	36,7	50,4	45,2
≥ Secundário	52,9	57,7	71,3	63,2
Quintil de riqueza	*		*	
Mais baixo	54,6	47,4	75,4	55,6
Segundo	58,2	44,0	69,9	56,4

Médio	58,0	43,0	57,2	52,6
Quarto	38,6	42,3	59,4	49,2
Mais alto	45,5	53,8	63,6	57,5
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.2.3: Gravidade percebida da malária

A **Tabela A.2.3** apresenta a distribuição da percepção de gravidade da malária pelos participantes. O nível de percepção de gravidade de cada um baseia-se no seu nível de concordância com várias afirmações. Os resultados são apresentados por características sociodemográficas dos participantes e são desagregados por província de estudo.

Quadro A.2.3: Gravidade percebida da malária				
Percentagem de inquiridos com percepção da gravidade da malária por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam das seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Não tem medo da malária, porque pode ser tratada facilmente***</i>	52,1	65,2	61,9	59,2
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Só as crianças fracas podem morrer de malária***</i>	57,8	64,5	75,1	65,6
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Cada caso de malária pode levar potencialmente à morte***</i>	64,4	41,2	54,9	54,4
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Quando alguém que conhecemos tem malária, normalmente esperamos que a pessoa recupere completamente em poucos dias***</i>	19,3	30,1	21,2	23,1
Percentagem de inquiridos que percebem a gravidade da malária**	37,6	34,3	41,1	37,8
Sexo				
Feminino	38,2	35,1	41,2	38,4
Masculino	34,5	30,3	40,1	34,5
Idade		*		*
15-24	39,1	44,2	41,1	41,3
25-34	39,8	24,9	39,2	35,9
35-44	36,9	29,8	39,9	35,9
≥45	29,7	32,6	50,6	36,0
Residência				
Urbano	39,3	34,2	40,5	38,2
Rural	34,9	34,6	42,0	37,1
Educação			***	***
Primário não concluído	33,8	26,2	39,4	32,6
Primário	44,3	45,5	39,5	42,2
≥ Secundário	45,6	40,7	44,2	43,2
Quintil de riqueza			***	***
Mais baixo	37,2	25,4	30,6	33,8
Segundo	30,5	24,1	31,8	28,9
Médio	31,7	37,2	43,5	37,8

Quarto	57,3	47,3	45,0	48,5
Mais alto	41,3	32,3	41,6	39,0
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.2.4: Comunicação interpessoal sobre malária

A Tabela A.2.4 apresenta dados relativos à comunicação interpessoal dos participantes sobre malária nos seis meses anteriores à recolha de dados. Isto inclui relatos de conversas sobre malária com o cônjuge ou um amigo/membro da família. Os resultados são apresentados por características sociodemográficas dos participantes e são desagregados por província de estudo.

Tabela A.2.4: Comunicação interpessoal sobre malária								
Percentagem de inquiridos que relatam comunicação interpessoal sobre a malária por província, Angola 2023								
	Cuanza Norte		Lunda Sul		Zaire		Total	
	(N=1.582)	(N=1.602)	(N=1.193)	(N=1.568)	(N=1.486)	(N=1.523)	(N=4.261)	(N=4.693)
	% que falaram sobre malária com o cônjuge/parceir o nos últimos seis meses	% que falaram de malária com um amigo ou familiar nos últimos seis meses	% que falaram sobre malária com o cônjuge/parceir o nos últimos seis meses	% que falaram de malária com um amigo ou familiar nos últimos seis meses	% que falaram sobre malária com o cônjuge/parceir o nos últimos seis meses	% que falaram de malária com um amigo ou familiar nos últimos seis meses	% que falaram sobre malária com o cônjuge/parceir o nos últimos seis meses	% que falaram de malária com um amigo ou familiar nos últimos seis meses
Sexo				*	***	***	***	***
Feminino	12,9	8,2	10,4	9,2	19,1	18,5	14,3	12,1
Masculino	16,5	17,3	26,0	25,2	35,6	26,5	25,4	22,2
Age				**	**	****	**	*****
15–24	14,5	8,7	13,5	11,0	23,5	16,3	16,7	11,9
25–34	14,7	9,4	12,8	9,9	23,0	23,8	17,3	15,4
35–44	9,4	5,7	17,7	15,2	18,8	18,6	15,4	12,5
45 +	18,3	19,8	10,4	11,2	20,2	15,1	14,8	15,2
Residência	***							
Urbano	12,5	8,8	11,7	10,0	21,9	22,2	15,5	13,8
Rural	15,1	10,8	16,8	14,3	21,3	14,2	17,5	12,9
Educação								
Primário não concluído	10,9	6,4	9,4	6,2	18,3	12,3	11,8	7,5
Primário	18,8	11,4	10,0	9,3	18,1	18,8	16,5	14,5

Secundário ou superior	19,7	23,2	23,8	22,5	28,7	25,7	25,3	24,1
Quintil de riqueza								
Mais baixo	12,8	7,4	14,1	8,9	18,5	10,8	14,0	8,2
Segundo	12,9	4,9	8,5	6,1	18,4	12,2	12,4	6,7
Médio	18,0	16,7	11,1	8,4	13,6	17,2	13,9	14,1
Quarto	8,6	12,8	9,2	7,4	29,5	22,9	16,7	15,6
Mais alto	18,0	13,3	27,2	27,4	23,2	21,9	23,6	21,8
Total (%)	13,6	9,6	13,6	11,6	21,7	19,3	16,3	13,5
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001								

Tabela A.2.5: Percepções sobre os profissionais de saúde dos estabelecimentos de saúde

A Tabela A.2.5 apresenta a distribuição das percepções dos participantes sobre os profissionais de saúde baseados em estabelecimentos. Isto inclui profissionais de saúde em geral, profissionais de saúde que fazem gestão de casos e profissionais que prestam cuidados para malária na gravidez. Os resultados são apresentados por características sociodemográficas dos participantes e são desagregados por província de estudo.

Tabela A.2.5: Percepções sobre os profissionais de saúde dos estabelecimentos de saúde				
Distribuição percentual das percepções dos profissionais de saúde baseados nos estabelecimentos, Angola 2023				
Característica	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
Percepções gerais positivas em relação aos profissionais de saúde***	83,0	85,2	72,2	80,0
Percepções positivas em relação aos profissionais de saúde que prestam serviços de gestão de casos***	46,5	61,4	60,7	55,6
Percepções positivas em relação aos profissionais de saúde que prestam cuidados para a malária na gravidez***	62,2	74,3	78,3	71,2
Percentagem de inquiridos com percepções favoráveis relativamente aos profissionais de saúde das unidades sanitárias***	81,6	82,5	92,9	85,7
Sexo				
Feminino	81,2	81,5	93,1	85,5
Masculino	83,7	87,9	91,2	86,9
Idade		*		
15-24	80,6	84,4	95,8	86,7
25-34	84,2	72,5	94,8	85,7
35-44	78,1	86,1	86,2	82,9
≥45	85,6	88,2	90,3	87,8
Residência		*		*
Urbano	81,6	86,4	92,1	86,7
Rural	81,5	75,8	94,4	84,1
Educação				
Primário não concluído	81,7	81,6	90,9	83,5
Primário	79,4	82,4	93,8	87,0
≥ Secundário	84,7	84,1	93,6	88,7
Quintil de riqueza				
Mais baixo	77,1	77,8	93,6	79,3
Segundo	81,7	81,4	95,7	84,4
Médio	84,3	83,5	97,2	88,7
Quarto	84,6	87,4	90,0	87,9
Mais alto	81,6	82,5	92,9	85,7
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.2.6: Atitudes de género relacionadas com a malária

A **Tabela A.2.6** apresenta a distribuição das atitudes equitativas de género dos participantes em relação à malária. As atitudes de género relatadas por cada um baseiam-se na sua concordância ou discordância com várias afirmações. Os resultados são apresentados por características sociodemográficas dos participantes e são desagregados por província de estudo.

Tabela A.2.6: Atitudes de género relacionadas com a malária				
Distribuição percentual de atitudes equitativas de género relacionadas com a malária, por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam das seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>NÃO CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Quando não há redes suficientes, é mais importante que as crianças do sexo feminino durmam debaixo das redes disponíveis do que as do sexo masculino***</i>	57,2	62,1	67,4	62,1
<u>NÃO CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Quando não há redes suficientes, é mais importante que as crianças do sexo masculino durmam debaixo das redes disponíveis do que as crianças do sexo feminino***</i>	72,8	79,7	91,5	81,2
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>A mulher grávida deve sentir-se à vontade para pedir ao marido/esposo que vá ao centro de saúde para uma consulta pré-natal***</i>	59,8	79,8	88,1	75,2
<u>NÃO CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Quando não há dinheiro suficiente, é mais importante que as crianças do sexo masculino com febre recebam medicamentos do que as do sexo feminino***</i>	64,3	78,0	84,7	75,2
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Quando não há dinheiro suficiente, é mais importante que as crianças do sexo feminino com febre recebam medicamentos do que as do sexo masculino***</i>	60,3	74,5	79,0	70,8
Percentagem de inquiridos que têm a perceção de atitudes equitativas de género relacionadas com a malária (caraterística)	73,0	82,8	93,0	82,7
Sexo				*
Feminino	72,5	82,6	93,1	82,7
Masculino	75,4	84,2	92,6	82,6
Idade				
15-24	73,1	85,0	95,4	83,9
25-34	76,4	74,7	94,6	83,5
35-44	70,0	82,8	86,7	78,9
≥45	70,7	90,0	92,5	83,7
Residência				
Urbano	75,0	86,2	91,5	84,0
Rural	69,9	77,3	95,7	80,4

Educação				***
Primário não concluído	73,5	81,4	90,7	79,2
Primário	65,2	83,1	93,1	82,4
≥ Secundário	84,5	85,2	94,9	89,6
Quintil de riqueza	**			***
Mais baixo	75,0	75,1	94,5	77,5
Segundo	73,2	83,2	91,6	79,8
Médio	67,7	80,7	96,2	82,3
Quarto	72,9	89,9	92,2	87,1
Mais alto	73,8	82,6	91,9	85,9
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

A.3 Gestão de casos de malária para crianças com menos de cinco anos

Esta subsecção do Anexo apresenta todos os quadros de dados relacionados com a procura de cuidados e tratamento da malária, especialmente para crianças com menos de 5 anos. Os quadros podem ter sido duplicados no corpo principal do relatório.

Tabela A.3.1: Conhecimentos sobre procura e tratamento de malária

A **Tabela A.3.1** apresenta os conhecimentos dos inquiridos sobre procura de cuidados e tratamento da malária. Os dados são apresentados de acordo com as características sociodemográficas dos inquiridos em cada província.

Tabela A.3.1 Conhecimentos sobre procura de cuidados e tratamento de malária				
Percentagem de inquiridos com conhecimentos específicos sobre a procura de cuidados e tratamento da malária, de acordo com as características de fundo, Angola 2023				
Característica	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
Identificou o ACT como um medicamento que pode ser utilizado para tratar eficazmente a malária***	38,7	59,2	69,3	55,0
Identificou o MESMO DIA OU O DIA SEGUINTE como o momento em que se deve procurar aconselhamento ou tratamento depois de uma criança com menos de cinco anos de idade ter febre***	89,6	92,8	86,8	89,5
Identificou o TESTE DE SANGUE como a melhor forma de saber se alguém tem malária.	80,4	87,2	87,0	84,6
Identificou a FACULDADE DE SAÚDE+ como o melhor local para ir na comunidade se tiver malária***	90,6	94,3	87,5	90,6
Percentagem total de inquiridos que têm conhecimentos completos sobre a procura de cuidados e tratamento da malária***	30,3	50,1	48,2	42,1
Sexo				*
Feminino	28,66	49,13	47,79	41,24
Masculino	39,29	55,58	51,59	47,7
Idade			**	**
15-24	27,69	41,18	44,09	37,04
25-34	38,35	60,59	52,86	49,78
35-44	22,75	55,74	47,21	39,79
≥45	35,07	47,09	47,74	42,95
Residência				
Urbano	29,83	50,4	49,65	42,71
Rural	31,06	49,67	45,54	41,15
Educação	**	*	***	***
Primário não concluído	27,63	49,53	33,54	35,43
Primário	29,62	47,46	52,31	44,31
≥ Secundário	46,04	52,95	55,47	52,87

Quintil de riqueza	***	***		***
Mais baixo	22,85	39,47	48,73	29,65
Segundo	27,47	58,75	37,9	38,79
Médio	28,33	52,92	55,37	46,38
Quarto	48,31	48,94	40,23	44,87
Mais alto	43,13	47,91	53,57	50,06
+ Inclui os seguintes locais: Sector médico público, sector médico privado e agente comunitário de saúde. Exclui aconselhamento ou tratamento de um médico tradicional, loja, mercado e vendedor ambulante de medicamentos.				
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.3.2: Atitudes em relação à procura de cuidados e tratamento de Malária

A **Tabela A.3.2** apresenta a distribuição de atitudes favoráveis relativamente à procura de cuidados e tratamento da malária. A atitude favorável é calculada com base na concordância ou discordância de um participante em relação a várias afirmações relacionadas com a procura de cuidados e tratamento. Os dados são apresentados de acordo com as características sociodemográficas dos inquiridos em cada província.

Tabela A.3.2: Atitudes em relação à procura de cuidados e tratamento de malária				
Percentagem de inquiridos com atitudes específicas em relação à procura de cuidados e tratamento da malária por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam com as seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>O profissional de saúde é sempre a melhor pessoa com quem falar quando se pensa que o seu filho pode ter malária***</i>	93,5	93,6	97,6	94,9
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Não é necessário continuar a tomar todas as doses de medicamentos contra a malária se o doente já estiver curado***</i>	47,5	61,9	56,2	54,6
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Os pais devem pedir uma injeção ao profissional de saúde ou ao agente comunitário de saúde se acharem que o seu filho tem malária***</i>	24,4	46,9	24,3	30,9
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Prefiro que o meu filho receba o medicamento para tratar a malária por injeção em vez de o engolir***</i>	21,4	26,9	29,3	25,7
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Uma pessoa só deve tomar medicamentos contra a malária se um profissional de saúde disser que a sua febre é realmente causada pela malária***</i>	85,5	88,1	92,9	88,8
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Se um prestador de cuidados de saúde disser que uma pessoa não tem malária, o doente deve pedir a medicação para a malária, para o caso de precisar dela***</i>	41,8	55,7	47,7	47,9
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Quando o meu filho tem febre, é melhor começar por lhe dar qualquer medicamento contra a malária que tenha em casa***</i>	54,7	60,5	51,2	55,2
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>É importante tomar todos os comprimidos antipalúdicos receitados para garantir uma recuperação completa***</i>	84,4	83,8	95,1	87,9
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Quando o meu filho tem febre, não vou diretamente ao centro de saúde, vou primeiro a outro sítio para lhe comprar medicamentos***</i>	47,1	57,4	54,7	52,7
Percentagem de inquiridos com atitudes favoráveis em relação à procura de cuidados e tratamento da malária***	63,5	70,3	72,9	68,6
Sexo				

Feminino	63,0	69,7	72,9	68,4
Masculino	65,7	73,6	72,4	70,0
Idade		**		
15-24	63,3	69,0	75,8	69,0
25-34	64,3	65,1	74,3	68,6
35-44	56,1	77,5	66,2	65,3
≥45	76,3	71,6	71,6	73,3
Residência				*
Urbano	67,4	73,3	73,8	71,4
Rural	57,3	65,2	71,1	64,1
Educação				***
Primário não concluído	61,9	67,7	72,1	65,6
Primário	62,1	66,3	74,7	69,0
≥ Secundário	74,5	77,3	71,4	74,1
Quintil de riqueza	***			***
Mais baixo	56,6	54,7	60,1	56,6
Segundo	64,7	78,5	72,5	70,3
Médio	60,5	65,0	76,6	67,8
Quarto	66,7	73,6	78,3	74,2
Mais alto	84,1	76,1	68,8	73,7
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.3.3: Eficácia de resposta percebida de testes de malária

O quadro A.3.3 apresenta a distribuição da eficácia de resposta percebida em relação à testagem de malária. A eficácia de resposta percebida é calculada com base na concordância ou discordância de um participante em relação a várias afirmações relacionadas com a testagem. Os dados são apresentados de acordo com as características sociodemográficas dos inquiridos em cada província.

Tabela A.3.3: Eficácia de resposta percebida de testes de malária				
Percentagem de inquiridos com atitudes específicas em relação à procura de cuidados e tratamento da malária por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam com as seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>A única forma de saber se alguém tem ou não malária é através de uma análise ao sangue***</i>	80,0	90,2	94,8	88,0
<u>NÃO CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Uma pessoa deve continuar a tomar medicamentos contra a malária mesmo que o resultado do teste da malária diga que a febre não é devida à malária***</i>	38,3	58,4	48,6	47,7
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Os pais podem diagnosticar a malária através dos sintomas de uma pessoa tão bem como através de uma análise ao sangue para detetar a malária***</i>	40,6	49,5	36,0	41,6
Percentagem de inquiridos com uma perceção elevada da eficácia de resposta dos testes de malária (%)***	51,1	67,7	57,4	58,1
Sexo				
Feminino	49,8	67,9	57,0	57,5
Masculino	58,3	66,5	61,3	61,7
Idade				
15-24	53,9	63,2	54,7	56,9
25-34	56,1	72,3	60,4	61,8
35-44	43,7	67,2	57,0	54,6
≥45	46,0	71,3	57,3	58,8
Residência			*	
Urbano	50,6	69,6	60,2	59,5
Rural	51,9	64,6	52,5	55,8
Educação				*
Primário não concluído	49,1	66,9	62,8	57,1
Primário	51,6	66,1	51,6	54,7
≥ Secundário	61,3	70,3	59,6	63,6
Quintil de riqueza	**			***
Mais baixo	42,8	55,9	49,8	46,5

Segundo	53,5	74,6	59,7	61,0
Médio	45,9	69,0	55,6	57,2
Quarto	59,3	72,6	64,6	65,9
Mais alto	71,4	62,7	53,5	59,4
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.3.4: Eficácia de resposta percebida do tratamento da malária.

O **Quadro A.3.4** apresenta a distribuição da eficácia de resposta percebida relativamente ao tratamento de malária. A eficácia de resposta percebida é calculada com base na concordância ou discordância de um participante em relação a várias afirmações relacionadas com o tratamento. Os dados são apresentados de acordo com as características sociodemográficas dos inquiridos em cada província.

Tabela A.3.4: Resposta percebida - eficácia do tratamento de malária				
Distribuição percentual da resposta específica-eficácia do tratamento da malária por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam das seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Os medicamentos contra a malária obtidos nas unidades de saúde são eficazes no tratamento da malária***</i>	79,1	80,2	91,9	83,8
<u>NÃO CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Os medicamentos contra a malária que se compram no mercado são tão bons como os que são distribuídos no centro de saúde***</i>	42,7	53,8	50,9	48,7
Percentagem de inquiridos com uma percepção elevada da eficácia do tratamento da malária (%)***	37,1	45,1	49,5	43,6
Sexo				
Feminino	35,6	46,0	49,9	43,6
Masculino	44,8	40,5	46,2	43,8
Idade		**	*	
15-24	34,5	44,7	44,9	40,9
25-34	42,4	40,6	56,4	47,7
35-44	36,2	38,3	50,0	41,2
≥45	34,7	60,6	39,5	46,1
Residência				
Urbano	39,7	45,5	49,8	44,9
Rural	33,0	44,5	49,1	41,5
Educação				*
Primário não concluído	33,4	46,9	50,1	40,8
Primário	40,9	47,6	47,2	45,4
≥ Secundário	49,6	40,5	51,6	47,4
Quintil de riqueza			**	***
Mais baixo	26,5	40,7	36,4	30,8
Segundo	43,8	55,6	40,9	46,7
Médio	35,6	43,2	51,9	44,0
Quarto	50,5	47,8	49,0	48,9
Mais alto	41,7	37,6	54,3	47,3
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.3.5: Auto-eficácia percebida para teste e tratamento da malária

O quadro A.3.5 apresenta a distribuição da auto-eficácia percebida em relação à testagem da malária. A auto-eficácia percebida é calculada com base na concordância ou discordância de um participante com várias afirmações relacionadas com a testagem. Os dados são apresentados de acordo com as características sociodemográficas dos inquiridos em cada província.

Tabela A.3.5: Auto-eficácia percebida para teste e tratamento da malária				
Distribuição percentual da percepção de auto-eficácia para o teste e tratamento da malária por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que consideram que <u>poderiam</u> :	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
Arranjar o dinheiro para levar o seu filho ao centro de saúde ao primeiro sinal de malária***	95,7	92,1	97,3	95,2
Peça autorização ao seu marido ou a outros membros da família para levar o seu filho ao centro de saúde/ao prestador de cuidados de saúde quando o seu filho tiver febre***	87,4	90,0	72,0	82,9
Leve o seu filho ao centro de saúde no mesmo dia ou no dia seguinte ao aparecimento da febre***	93,0	92,9	94,9	93,6
Pedir uma análise ao sangue no centro de saúde quando se pensa que o seu filho pode ter malária***	94,3	88,9	94,1	92,6
Certifique-se de que o seu filho toma a dose completa do medicamento que lhe foi receitado para a malária***	95,0	87,6	94,9	92,8
Encontrar o dinheiro para pagar a medicação que o profissional de saúde recomenda para tratar a malária***	95,4	89,5	95,1	93,6
Percentagem de inquiridos com percepção de auto-eficácia para testar e tratar a malária (%)***	77,0	78,2	66,0	73,6
Sexo	***	*	***	***
Feminino	75,8	77,6	63,7	72,0
Masculino	83,6	81,4	86,4	83,6
Idade				
15-24	69,8	84,9	61,6	71,6
25-34	78,9	82,5	73,9	77,7
35-44	81,6	74,3	59,1	72,4
≥45	85,1	62,9	67,7	72,1
Residência		**		
Urbano	76,6	74,3	64,8	71,8
Rural	77,6	84,7	68,1	76,6
Educação				
Primário não concluído	77,3	72,0	70,6	74,4
Primário	77,1	84,7	60,7	70,8
≥ Secundário	75,3	84,5	68,2	75,2
Quintil de riqueza	***	*	*	***

Mais baixo	82,6	87,5	75,1	82,7
Segundo	85,8	72,7	74,6	79,7
Médio	74,8	74,3	72,6	73,8
Quarto	76,2	82,8	50,4	66,7
Mais alto	41,4	76,0	70,0	66,3
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.3.6: Atitudes do género relacionadas com o tratamento da malária

A **Tabela A.3.6** apresenta a distribuição de inquiridos que têm atitudes equitativas em relação ao género no tratamento da malária. As atitudes equitativas do género são calculadas com base na concordância ou discordância de um participante em relação a várias afirmações relacionadas com a malária e o género. Os dados são apresentados de acordo com as características sociodemográficas dos inquiridos em cada província.

Tabela A.3.6: Atitudes do género relacionadas com o tratamento da malária				
Distribuição percentual de atitudes equitativas de género relacionadas com a malária, por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam com as seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Quando não há dinheiro suficiente, é mais importante que as crianças do sexo <u>masculino</u> com febre recebam medicamentos do que as do sexo <u>feminino</u>***</i>	64,3	78,0	84,7	75,2
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Quando não há dinheiro suficiente, é mais importante que as crianças do sexo <u>feminino</u> com febre recebam medicamentos do que as do sexo <u>masculino</u>***</i>	60,3	74,5	79,0	70,8
Percentagem de inquiridos que têm a perceção de atitudes equitativas de género relacionadas com o tratamento da malária***	58,0	75,3	76,4	69,3
Sexo				
Feminino	57,2	76,0	76,2	69,2
Masculino	62,3	71,5	79,0	69,5
Idade			**	
15-24	57,5	76,2	79,5	70,2
25-34	64,6	65,3	75,0	69,0
35-44	49,5	76,9	74,7	65,2
≥45	61,6	85,5	74,5	74,2
Residência		*		
Urbano	56,5	79,7	76,3	70,1
Rural	60,4	67,9	76,8	67,9
Educação				***
Primário não concluído	56,4	72,4	77,1	65,3
Primário	52,7	74,9	77,5	69,3
≥ Secundário	76,6	80,5	74,8	77,1
Quintil de riqueza	***			***
Mais baixo	69,0	63,7	80,9	69,3
Segundo	49,8	75,6	71,9	61,9
Médio	46,5	72,9	83,1	68,6
Quarto	53,8	81,9	76,7	73,1
Mais alto	64,1	78,5	72,5	72,6

Tabela A.3.7: Normas comunitárias percebidas relativamente a testes e tratamento da malária

A **Tabela A.3.7** apresenta as normas comunitárias percebidas relativamente a testes e tratamento da malária. As normas comunitárias percebidas foram avaliadas com base nas respostas dos participantes a uma série de perguntas sobre a proporção de membros da sua comunidade que levam prontamente os seus próprios filhos a um profissional de saúde e/ou aprovam que eles (o inquirido) tomem esta ação.

Tabela A.3.7: Normas comunitárias percebidas relativamente a testes e tratamento da malária			
Distribuição percentual de normas comunitárias percebidas relativamente a testes e tratamento da malária, Angola 2023 (N=4261)			
Característica	A maioria das pessoas na comunidade leva os seus filhos a um profissional de saúde no mesmo dia ou no dia seguinte ao aparecimento da febre	A maioria das crianças da comunidade levadas a um centro de saúde com febre são testadas para a malária	A maioria das pessoas na comunidade aprova a procura de cuidados imediatos para crianças com febre
Província	***	***	***
Cuanza Norte	51,8	53,4	12,4
Lunda Sul	58,0	59,9	15,8
Zaire	54,8	61,0	25,4
Sexo			
Feminino	53,7	57,3	17,6
Masculino	60,3	61,5	18,9
Idade			
15-24	53,8	59,4	19,3
25-34	56,9	56,8	18,3
35-44	52,1	53,7	15,3
≥45	56,0	62,9	16,6
Província			
Urbano	56,1	60,2	19,0
Rural	52,1	54,0	15,8
Educação			***
Primário não concluído	54,3	57,7	16,5
Primário	52,2	58,5	16,2
≥ Secundário	57,9	57,5	22,1
Quintil de riqueza			***
Mais baixo	54,4	55,5	16,8
Segundo	53,2	57,8	12,6
Médio	51,0	55,7	17,4
Quarto	53,7	59,5	23,2
Mais alto	60,5	60,5	18,3
Total (%)	54,6	57,9	17,8

Tabela A.3.8: Percepções de estabelecimentos de saúde sobre procura de teste e tratamento de malária

A **Tabela A.3.8** descreve as percepções dos inquiridos sobre estabelecimentos de saúde, especialmente considerando a procura de teste e tratamento de malária. As percepções favoráveis foram avaliadas com base nas respostas dos participantes a uma série de perguntas que perguntavam se concordavam ou discordavam de uma afirmação. Os resultados são apresentados por características sociodemográficas e província do estudo.

Tabela A.3.8: Percepções sobre estabelecimentos de saúde relativamente à procura de teste e tratamento de malária				
Distribuição percentual das percepções das unidades de saúde por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam das seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1582)	Lunda Sul (N=1193)	Zaire (N=1486)	Total (N=4261)
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>As unidades de saúde têm sempre os medicamentos para tratar a malária***</i>	52,8	66,3	63,7	60,4
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>As unidades de saúde desta comunidade têm sempre um kit de análise ao sangue para saber se uma pessoa tem malária***</i>	64,5	74,7	82,7	73,7
Percentagem de inquiridos com percepções favoráveis dos estabelecimentos de saúde relativamente à procura de teste e tratamento da malária*** (Concordar com ambas as afirmações)	46,5	61,4	60,7	55,6
Sexo			*	
Feminino	45,1	61,2	61,3	55,4
Masculino	54,2	63,0	55,1	57,3
Idade				
15-24	40,1	58,0	60,2	51,9
25-34	50,4	70,1	62,6	60,3
35-44	51,9	60,9	57,1	56,1
≥45	46,5	56,9	62,9	54,7
Residência			*	*
Urbano	41,8	56,5	55,9	50,9
Rural	53,8	69,7	69,2	63,4
Educação		*	***	**
Primário não concluído	50,4	67,8	67,9	59,1
Primário	39,0	63,5	61,7	55,1
≥ Secundário	39,1	49,0	53,6	49,3
Quintil de riqueza	**	***	***	***
Mais baixo	50,3	72,6	74,7	58,1
Segundo	48,1	79,1	71,3	61,9
Médio	43,2	68,4	66,3	60,0
Quarto	38,6	45,1	56,8	48,9
Mais alto	44,4	47,4	53,7	50,2

Tabela A.3.9: Percepções dos trabalhadores de saúde das unidades sanitárias sobre a procura de cuidados e tratamento de malária

A **Tabela A.3.9** descreve as percepções dos inquiridos sobre os trabalhadores de saúde das unidades sanitárias, especialmente considerando a procura de cuidados e tratamento da malária. As percepções favoráveis foram avaliadas com base nas respostas dos participantes a uma série de perguntas que perguntavam se concordavam ou discordavam de uma afirmação. Os resultados são apresentados por características sociodemográficas e província do estudo.

Tabela A.3.9: Percepções em relação a trabalhadores de saúde baseados em estabelecimentos no que respeita à procura de cuidados e tratamento da malária				
Distribuição percentual das percepções dos profissionais de saúde das unidades sanitárias por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam das seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Os profissionais de saúde das unidades de saúde desta comunidade tratam os seus pacientes com respeito***</i>	83,0	85,2	72,2	80,0
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Os profissionais de saúde dos estabelecimentos de saúde desta comunidade sabem como tratar a malária nas crianças***</i>	80,7	82,0	91,2	84,7
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Os profissionais de saúde da unidade de saúde desta comunidade obrigam os pais a pagar os medicamentos para tratar a malária em crianças com menos de cinco anos de idade***</i>	65,0	74,6	80,7	73,1
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Os prestadores de serviços de saúde na sua comunidade obrigam os pais de crianças com menos de cinco anos a pagar a análise ao sangue para ver se a criança tem malária***</i>	63,3	76,3	83,7	74,0
Percentagem de pessoas que têm uma percepção favorável dos trabalhadores das unidades de saúde relativamente à procura de cuidados/tratamento***	73,1	75,0	84,9	77,6
Sexo			*	
Feminino	72,5	73,5	85,6	77,4
Masculino	76,4	83,2	78,9	79,2
Idade		***		*
15-24	69,7	70,4	89,4	76,4
25-34	72,4	66,5	84,6	76,0
35-44	76,5	82,5	80,7	79,5
≥45	77,9	87,5	78,5	81,9
Residência				*
Urbano	74,6	78,2	85,7	79,5
Rural	70,7	69,6	83,4	74,6
Educação				

Primário não concluído	72,7	73,3	83,6	75,0
Primário	69,8	71,5	85,1	77,5
≥ Secundário	80,9	80,2	85,8	82,9
Quintil de riqueza	***			***
Mais baixo	68,2	60,7	85,5	68,7
Segundo	80,5	76,3	84,9	80,2
Médio	71,6	81,1	86,0	80,0
Quarto	77,6	75,9	85,6	80,7
Mais alto	68,1	76,2	83,4	78,6
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.3.10: Tomada de decisões sobre cuidados e tratamento da malária

A **Tabela A.3.10** apresenta a distribuição da tomada de decisões sobre cuidados e tratamento da malária entre inquiridos com parceiros/cônjuges. Os resultados são apresentados por características sociodemográficas e província do estudo e são desagregados pelo tipo de decisão tomada.

Tabela A.3.10: Tomada de decisões sobre cuidados e tratamento da malária entre inquiridos com cônjuges/parceiros								
Distribuição percentual da tomada de decisões para cuidados e tratamento da malária por província, Angola 2023								
Características	Cuanza Norte (N=1.602)		Lunda Sul (N=1.568)		Zaire (N=1.522)		Total (N=4.692)	
	Decisão de ir ao centro de saúde quando a criança tem malária	Decisão de comprar medicamentos quando a criança está doente com febre	Decisão de ir ao centro de saúde quando a criança tem malária	Decisão de comprar medicamentos quando a criança está doente com febre	Decisão de ir ao centro de saúde quando a criança tem malária	Decisão de comprar medicamentos quando a criança está doente com febre	Decisões de ir ao centro de saúde quando a criança tem malária	Decisão de comprar medicamentos quando a criança está doente com febre
Sexo	***	**	**	***	***	***	***	***
Feminino	53,4	74,8	76,8	54,7	38,6	63,5	55,8	53,4
Masculino	76,2	86,1	85,2	72,2	70	78,4	77,8	76,2
Idade					***		*	
15–24	56	80,5	80,6	58,9	25,1	68,9	55,7	56
25–34	57,8	81,6	80,5	59,7	47,6	66,3	60,4	57,8
35–44	61,6	75,2	72,1	50,8	45,6	63,2	58,8	61,6
45 +	53,2	68,5	80	62,8	61,7	66,4	69,1	53,2
Residência				*	*			
Urbano	56,7	78,9	81,3	56,1	39,4	66,5	58,9	56,7
Rural	59,1	74,4	74,1	59,8	50,8	65,9	61,5	59,1
Educação	**	*	**	***	***	***	**	**
Primário não concluído	55,5	70,8	73,5	44,7	40,1	62,8	59	55,5
Primário	66	86,4	85,4	58,4	30	67,3	52,3	66

[illegible]

Tabela A.3.11: Procura de cuidados e testes de crianças com febre nas últimas 2 semanas

A **Tabela A.3.11** apresenta a distribuição do comportamento de procura de cuidados e de realização de testes para crianças com menos de 5 anos que apresentaram febre nas 2 semanas anteriores ao inquérito. Esta tabela também apresenta a percentagem de crianças para as quais se procurou prontamente aconselhamento ou tratamento e as que fizeram análises ao sangue. Os dados são apresentados de acordo com as características sociodemográficas das crianças.

Tabela A.3.11: Procura de cuidados e testes de crianças com febre nas últimas 2 semanas					
Percentagem de crianças com menos de 5 anos que tiveram febre nas 2 semanas anteriores ao inquérito; e entre as crianças com menos de 5 anos que tiveram febre, percentagem de crianças que procuraram aconselhamento ou tratamento, percentagem de crianças que procuraram aconselhamento ou tratamento no mesmo dia ou no dia seguinte ao início da febre e percentagem de crianças a quem foi tirado sangue do dedo ou do calcanhar para análise, de acordo com as características de base, Angola 2023					
Característica	Crianças com menos de 5 anos	Característica			
	Percentagem de febre nas 2 semanas anteriores ao inquérito	Percentagem de pessoas que procuraram aconselhamento ou tratamento ⁺	Percentagem de pessoas que procuraram primeiro aconselhamento ou tratamento numa unidade de saúde ou num agente comunitário ⁺	Percentagem de pessoas que procuraram aconselhamento ou tratamento no próprio dia ou no dia seguinte ⁺	Percentagem de pessoas que receberam um teste de paludismo
Província	***				
Cuanza Norte	26,1	83,5	82,2	78,5	64,2
Lunda Sul	24,9	97,8	92,3	87,4	75,8
Zaire	32,8	92,7	90,7	73,2	84,1
Idade da mãe					
15–24	33,4	92,9	90,2	84,0	81,1
25–34	25,8	91,7	88,3	71,9	71,1
35–44	20,2	83,9	83,9	72,3	66,0
≥45	37,6	71,5	71,5	46,1	71,5
Residência					*
Urbano	29,4	94,1	92,5	81,5	83,3
Rural	27,3	84,3	80,2	70,7	62,2
Quintil de riqueza					
Mais baixo	29,2	85,8	79,3	81,1	76,1
Segundo	19,8	86,5	84,9	64,7	76,2
Médio	44,0	96,2	95,6	86,5	85,8

Quarto	27,6	94,7	94,7	79,9	68,7
Mais alto	24,2	86,6	82,8	68,6	69,2
Total (%)	28,6	90,6	88,2	77,7	75,9
⁺ Inclui aconselhamento ou tratamento das seguintes fontes: [sector médico público, sector médico privado, agente comunitário de saúde]. Exclui o aconselhamento ou tratamento prestado por um médico tradicional, loja, mercado e vendedor ambulante de medicamentos.					
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001					

Tabela A.3.12: Tratamento de crianças com febre

A Tabela A.3.12 apresenta a percentagem de crianças menores de 5 anos que tiveram casos confirmados de malária nas 2 semanas anteriores ao inquérito. Este quadro também descreve a percentagem destas crianças que receberam ACT e que receberam ACT prontamente (no mesmo dia ou no dia seguinte). Os dados são apresentados segundo as características sociodemográficas das crianças e as províncias do estudo.

Tabela A.3.12: Tratamento de crianças com febre			
Percentagem de crianças com menos de 5 anos com malária confirmada; e entre as crianças com menos de 5 anos com malária confirmada, percentagem que recebe ACT e ACT imediata, de acordo com características sociodemográficas, Angola 2023			
Características	Crianças com menos de 5 anos testadas para a malária (N= 217)	Crianças com menos de 5 anos com malária confirmada (N= 145)	
	Percentagem com malária confirmada	Percentagem que recebe o ACT	Percentagem de receção atempada do ACT
Província		**	
Cuanza Norte	41,8	36,0	26,8
Lunda Sul	86,2	32,7	29,7
Zaire	74,9	78,8	57,9
Idade da mãe		*	*
15–24	64,4	49,4	40,3
25–34	71,2	77,0	51,2
35–44	73,8	57,8	46,6
≥45	76,8	100,0	79,2
Residência			
Urbana	68,8	59,1	45,0
Rural	65,2	62,8	47,0
Quintil de riqueza		**	
Mais baixo	39,9	22,5	14,3
Segundo	71,8	73,7	28,5
Médio	87,0	49,4	48,1
Quarto	61,0	85,1	57,0
Mais alto	67,9	75,6	61,3
Total (%)	67,7	60,1	45,6
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001			

Tabela A.3.13. Regressão logística que explora os factores associados à procura de cuidados imediatos e adequados para a febre em crianças com menos de cinco anos nas últimas duas semanas

Tabela A.3.13. Regressão logística que explora os factores associados à procura de cuidados imediatos e adequados para a febre em crianças com menos de cinco anos nas últimas duas semanas			
Característica	Percentagem	aOR	IC 95%
Faixa etária			
15-24 (Referência)	81,25	1,00	
25-34	68,51	1,03	0,57-1,89
35+	66,88	0,60	0,30-1,22
Educação			
Primário não concluído (referência)	68,00	1,00	
Primário	78,92	1,06	0,54-2,09
Outros			
Província			
Cuanza Norte (Referência)	77,20	1,00	
Lunda Sul	81,93	0,44	0,19-1,03
Zaire	71,09	0,55	0,27-1,14
Estatuto socioeconómico			
Mais baixo, segundo e médio (referência)	77,44	1,00	
Quarto e mais alto	71,91	0,81	0,43-1,52
Residência			
Urbano (Referência)	79,92	1,00	
Rural	66,56	0,93	0,52-1,64
Percepção da suscetibilidade à malária			
Não (Referência)	82,92	1,00	
Sim	66,34	0,56*	0,32-0,97
Demonstração de conhecimentos completos sobre a procura de cuidados contra a malária			
Não (Referência)	71,27	1,00	
Sim	82,84	2,31**	1,28-4,18
Recolha do slogan de campanha			
Não (Referência)	73,54	1,00	
Sim	80,43	1,26	0,58-2,72
Atitudes favoráveis à procura de cuidados para a malária			
Não (Referência)	73,96	1,00	
Sim	75,71	1,09	0,57-2,07
Percepção positiva da eficácia da resposta em relação à despistagem da malária			

Não (Referência)	74,26	1,00	
Sim	75,71	1,00	0,55-1,83
A procura de cuidados é uma norma comunitária			
Não (Referência)	71,59	1,00	
Sim	76,56	0,72	0,40-1,29
Percepção dos medicamentos e testes para malária disponíveis nas instalações de saúde			
Não (Referência)	73,08	1,00	
Sim	77,54	1,92*	1,13-3,27
Percepções de atitudes equitativas de género relacionadas com a malária			
Não (Referência)	70,44	1,00	
Sim	76,58	1,17	0,54-2,54
Idade da criança em meses			
<12 (Referência)	73,70	1,00	
12-23	83,62	1,50	0,51-4,44
Pseudo-R2	0,0753		
Número de observações	302		
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; 0,001			

A.4 Malária na gravidez

Esta subsecção do Anexo apresenta todos os quadros de dados relacionados com o consumo de meios de comunicação e exposição a mensagens sobre malária. Os quadros seguintes podem ter sido duplicados ou referenciados no corpo principal do relatório.

Tabela A.4.1: Conhecimentos sobre o tratamento presuntivo intermitente na gravidez (TIP)

A **Tabela A.4.1** apresenta a distribuição percentual dos inquiridos que estão conscientes e têm conhecimentos específicos sobre a TIP. Os dados são apresentados por província de estudo e desagregados por sexo, faixa etária e nível de escolaridade dos participantes, bem como por tipo de residência do agregado familiar e quintil de riqueza. Os participantes relataram conhecimentos relacionados com a altura apropriada para procurar pela primeira vez cuidados pré-natais, o número de exames recomendados durante uma gravidez e o número de vezes durante a gravidez que uma mulher deve receber medicamentos para evitar que apanhe malária.

Tabela A.4.1: Conhecimentos sobre o tratamento presuntivo intermitente na gravidez (TIP)				
Distribuição percentual dos inquiridos com conhecimentos específicos sobre TIP por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que respondem corretamente às seguintes questões:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<i>Quando é que uma mulher grávida deve procurar cuidados de saúde pela primeira vez?***</i>	21,7	20,4	42,1	28,2
<i>Quantas vezes deve uma mulher ser examinada durante uma gravidez?***</i>	73,9	84,9	84,9	80,8
<i>Quantas vezes durante a gravidez é que uma mulher deve tomar medicamentos para não apanhar malária?***</i>	62,0	77,2	70,6	69,3
Percentagem de inquiridos com conhecimentos completos sobre TIP***	15,8	15,4	30,7	20,7
Sexo	*	**		***
Feminino	17,7	16,8	31,4	22,3
Masculino	5,0	8,1	24,5	10,9
Idade			**	***
15-24	22,4	12,3	33,1	22,9
25-34	15,7	18,6	29,4	22,0
35-44	9,4	15,1	32,9	18,5
≥45	8,6	17,9	22,3	15,7
Residência			**	*
Urbano	19,4	15,0	33,1	22,9
Rural	10,1	16,1	26,5	17,2
Educação				***
Primário não concluído	17,5	18,3	27,5	19,7
Primário	17,2	13,3	32,8	23,8

≥ Secundário	3,8	12,0	31,1	19,4
Quintil de riqueza				**
Mais baixo	17,1	12,4	24,1	17,0
Segundo	21,0	32,7	29,1	26,1
Médio	8,0	8,4	42,3	20,4
Quarto	7,8	14,2	29,8	19,8
Mais alto	20,2	10,8	26,2	20,8
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.4.2: Atitudes em relação à TIP

A Tabela A.4.2 apresenta a distribuição das atitudes favoráveis ou desfavoráveis em relação à TIP. A favorabilidade da atitude é calculada com base na concordância ou discordância de um participante em relação a várias afirmações relacionadas com a procura de cuidados e tratamento TIP. Os dados são apresentados de acordo com as características sociodemográficas do inquirido e do agregado familiar em cada província.

Tabela A.4.2: Atitudes em relação à TIP				
Percentagem de inquiridos com atitudes específicas em relação à TIP por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam das seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>As mulheres grávidas podem tomar o medicamento para prevenir a malária com o estômago vazio</i>	33,1	56,2	24,6	36,9
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Mesmo que uma mulher pense que pode estar grávida, deve esperar alguns meses antes de consultar um profissional de saúde</i>	33,4	44,4	38,7	38,4
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Uma mulher que já tenha dado à luz anteriormente não precisa de consultar um profissional de saúde logo que pense que pode estar grávida.</i>	41,2	62,4	56,2	52,4
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Os medicamentos dados às mulheres grávidas para evitar que apanhem malária são seguros para elas e para os seus bebés</i>	81,9	76,8	90,1	83,2
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Uma mulher grávida deve tomar várias doses do medicamento para prevenir a malária durante a gravidez</i>	82,8	70,4	85,3	80,1
Percentagem de inquiridos com atitudes favoráveis em relação à TIP	63,6	77,7	68,5	69,4
Sexo		*		
Feminino	62,7	78,6	68,3	69,2
Masculino	68,3	72,7	70,5	70,3
Idade				
15-24	61,2	72,6	71,1	67,8
25-34	65,3	81,0	74,3	72,9
35-44	66,7	79,5	57,0	67,2
≥45	61,0	81,5	62,7	69,5
Residência				
Urbano	64,3	74,4	70,2	69,3
Rural	62,5	83,2	65,5	69,4
Educação				*
Primário não concluído	61,9	76,4	68,2	67,5
Primário	58,9	78,5	70,3	68,5

≥ Secundário	81,4	79,4	66,8	73,9
Quintil de riqueza	**			***
Mais baixo	52,3	69,4	64,3	57,4
Segundo	63,3	82,3	64,3	69,1
Médio	68,0	73,3	71,8	71,2
Quarto	76,5	83,1	73,3	77,2
Mais alto	79,7	78,3	64,7	71,3
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.4.3: Gravidade percebida da malária na gravidez

A **Tabela A.4.3** descreve a percentagem de inquiridos que têm a percepção de que a malária durante a gravidez é grave. A gravidade percebida é calculada com base na concordância ou discordância dos inquiridos em relação a certas afirmações. Os dados são apresentados por província de estudo e desagregados por idade, sexo e nível de educação dos participantes, bem como por tipo de residência e riqueza do agregado familiar.

Tabela A.4.3: Gravidade percebida da malária na gravidez				
Percentagem de inquiridos com percepção específica da gravidade da malária na gravidez por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam com as seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Quando uma mulher grávida contrai malária, o efeito sobre ela e o feto é muito grave</i>	87,6	87,6	91,9	89,0
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>As mulheres grávidas têm mais probabilidades de morrer de malária do que as mulheres que não estão grávidas</i>	75,7	78,8	72,7	75,6
Percentagem de inquiridos com percepção da gravidade da malária na gravidez	76,8	76,1	74,1	75,7
Sexo				
Feminino	77,2	75,9	74,2	75,7
Masculino	75,1	77,5	73,6	75,5
Idade			*	
15-24	78,6	80,7	66,5	75,2
25-34	77,3	78,7	80,6	79,0
35-44	79,9	71,0	75,5	76,0
≥45	64,8	69,1	74,8	69,0
Residência				
Urbano	76,9	78,9	76,3	77,3
Rural	76,8	71,4	70,2	73,1
Educação				
Primário não concluído	77,6	73,8	72,5	75,5
Primário	77,2	84,2	72,3	76,3
≥ Secundário	71,7	74,6	77,5	75,4
Quintil de riqueza				
Mais baixo	72,3	75,1	65,5	72,1
Segundo	79,2	78,8	79,2	79,1
Médio	77,7	67,7	83,6	76,4
Quarto	82,5	80,0	69,5	75,8
Mais alto	78,0	79,6	72,1	75,3
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.4.4: Eficácia da resposta percebida da TIP

A **Tabela A.4.4** apresenta a distribuição da eficácia de resposta percebida em relação à TIP. A eficácia de resposta percebida é calculada com base na concordância ou discordância de um participante em relação a várias afirmações relacionadas com o TIP. Os dados são apresentados de acordo com as características sociodemográficas dos inquiridos em cada província.

Tabela A.4.4: Eficácia da resposta percebida da TIP				
Distribuição percentual da eficácia de resposta específica do TIP por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam com as seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Consultar os prestadores de cuidados de saúde durante a gravidez é uma forma de garantir a saúde do bebé e da mãe***</i>	90,6	89,3	97,5	92,6
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>O medicamento administrado às mulheres grávidas para prevenir a malária funciona bem para manter a mãe saudável***</i>	86,8	86,2	95,7	89,7
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>As mulheres grávidas devem continuar a tomar o medicamento destinado a evitar que apanhem malária, mesmo que durmam debaixo de redes todas as noites***</i>	86,1	86,2	92,4	88,3
Percentagem de inquiridos com perceção da eficácia da resposta ao TIP***	91,0	89,2	98,0	92,8
Sexo				
Feminino	90,9	88,1	98,0	92,6
Masculino	91,5	95,0	97,2	94,1
Idade			***	
15-24	93,7	92,9	95,9	94,2
25-34	94,6	92,4	98,9	95,8
35-44	85,7	91,0	99,8	91,7
≥45	85,6	74,4	98,2	84,3
Residência				
Urbano	88,9	86,1	98,9	91,6
Rural	94,3	94,3	96,3	94,9
Educação	*			***
Primário não concluído	89,8	82,8	97,3	89,1
Primário	90,9	95,4	98,6	95,5
≥ Secundário	97,7	96,0	97,8	97,2
Quintil de riqueza				*
Mais baixo	87,6	94,7	100,0	90,7
Segundo	89,8	85,5	95,0	89,6
Médio	94,0	78,9	98,7	90,6
Quarto	95,0	95,0	98,1	96,4
Mais alto	95,9	93,6	98,0	96,4

Tabela A.4.5: Auto-eficácia percebida para o CPN e TIP - mulheres

A **Tabela A.4.5** apresenta a distribuição da percepção de auto-eficácia relativamente à TIP e CPN, especificamente entre as mulheres. A auto-eficácia percebida é calculada com base na concordância ou discordância de um participante em relação a várias afirmações relacionadas com a procura de CPN e TIP. Os dados são apresentados de acordo com as características sociodemográficas dos inquiridos em cada província.

Tabela A.4.5: Auto-eficácia percebida para a CPN e TIP - mulheres				
Percentagem de inquiridos com percepção de auto-eficácia para o CPN e TIP entre as mulheres por província, Angola 2023				
Percentagem de mulheres que acreditam que podem:	Cuanza Norte (N=1.251)	Lunda Sul (N=961)	Zaire (N=1.256)	Total (N=3.476)
Ir aos cuidados pré-natais assim que pensar que posso estar grávida***	92,0	87,3	83,3	87,6
Convencer o meu cônjuge a acompanhar-me a mim, ao meu cônjuge/parceiro, ao estabelecimento de saúde para os cuidados pré-natais	85,3	83,3	88,4	85,8
Ir a pelo menos quatro consultas de cuidados pré-natais no centro de saúde***	86,5	82,0	91,2	86,9
Ir aos cuidados pré-natais mesmo que o meu líder religioso não concorde*	90,8	82,8	87,7	87,4
Tomar o medicamento para prevenir a malária pelo menos três vezes durante a gravidez**	90,6	89,1	92,0	90,6
Pedir o medicamento que ajuda a prevenir a malária quando vou aos cuidados pré-natais***	86,7	89,4	89,0	88,3
Percentagem de mulheres com percepção de auto-eficácia para o CPN e TIP***	70,3	67,2	62,2	66,6
Idade				
15-24	73,2	75,2	59,4	69,1
25-34	76,3	78,3	68,1	73,2
35-44	60,9	59,7	60,4	60,4
≥45	63,5	36,3	51,1	49,4
Residência				
Urbano	68,2	61,4	65,5	65,3
Rural	73,6	76,9	56,0	68,7
Educação			*	***
Primário não concluído	70,9	58,4	53,8	63,9
Primário	64,2	77,7	63,4	66,7
≥ Secundário	80,8	76,1	68,1	72,6
Quintil de riqueza	***			
Mais baixo	73,0	69,6	57,6	70,5
Segundo	71,0	61,2	58,0	65,4

Médio	68,5	62,7	64,0	64,8
Quarto	59,3	79,7	66,7	69,3
Mais alto	74,4	61,3	59,5	62,7
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.4.6: Auto-eficácia percebida para os homens do CPN e TIP

A **Tabela A.4.6** apresenta a distribuição da percepção de auto-eficácia em relação à TIP e CPN, especificamente entre os homens. A auto-eficácia percebida é calculada com base na concordância ou discordância de um participante em relação a várias afirmações relacionadas com o TIP e CPN. Os dados são apresentados de acordo com as características sociodemográficas dos inquiridos em cada província.

Tabela A.4.6: Auto-eficácia percebida para a TIP - homens				
Percentagem de inquiridos com percepção de auto-eficácia para o TIP entre os homens, por província, Angola 2023				
Percentagem de mulheres que acreditam que podem:	Cuanza Norte (N=323)	Lunda Sul (N=232)	Zaire (N=230)	Total (N=785)
Apoiar o meu cônjuge/parceiro a procurar cuidados pré-natais logo que pense que pode estar grávida	95,0	94,9	95,0	95,0
Acompanhar o meu cônjuge ao centro de saúde para os cuidados pré-natais	96,2	95,5	92,3	95,0
Apoiar o meu cônjuge/parceiro a ir a pelo menos quatro consultas de cuidados pré-natais no centro de saúde durante a gravidez	96,5	94,5	96,2	95,8
Apoiar o meu cônjuge/parceiro nos cuidados pré-natais, mesmo que o meu líder religioso não concorde	93,1	93,5	93,8	93,4
Apoio o meu cônjuge/parceiro a tomar o medicamento para prevenir a malária pelo menos três vezes durante a gravidez	92,7	92,1	94,9	93,1
Ajudar a minha esposa/parceira a pedir o medicamento que ajuda a prevenir a malária quando vai aos cuidados pré-natais	95,5	96,0	95,3	95,6
Percentagem de homens com percepção de auto-eficácia para o TIP	85,0	86,6	80,8	84,5
Idade		*		
15-24	88,4	90,6	87,6	89,3
25-34	85,8	84,8	92,1	87,0
35-44	81,7	87,3	70,7	79,9
≥45	86,2	85,5	83,1	85,1
Residência				
Urbano	87,7	85,9	81,5	85,6
Rural	81,2	87,9	80,0	82,8
Educação				
Primário não concluído	80,7	84,8	87,4	83,7
Primário	84,3	86,4	72,0	81,8
≥ Secundário	88,8	88,9	82,4	86,8
Quintil de riqueza				
Mais baixo	78,0	84,2	82,7	80,4
Segundo	89,1	81,7	77,9	85,2
Médio	87,0	93,4	87,4	89,3
Quarto	85,8	77,8	74,5	80,1
Mais alto	86,2	93,5	80,2	86,2

Tabela A.4.7: Normas comunitárias percebidas em relação ao TIP

A **Tabela A.4.7** apresenta as normas comunitárias percebidas relativamente ao TIP. As normas comunitárias percebidas foram avaliadas com base nas respostas dos participantes a uma série de perguntas sobre a proporção de mulheres na sua comunidade que 1) vão aos cuidados pré-natais pelo menos quatro vezes quando estão grávidas; e 2) tomam medicamentos para prevenir a malária quando estão grávidas. Os participantes também informaram se acreditam que os outros na comunidade aprovam o facto de as mulheres tomarem estas medidas.

Tabela A.4.7: Normas comunitárias percebidas em relação ao TIP			
Percentagem de inquiridos com normas comunitárias percebidas relativamente ao TIP por província, Angola 2023			
Percentagem de inquiridos que consideram que:	<i>A maioria das mulheres da sua comunidade vai aos cuidados pré-natais pelo menos quatro vezes quando está grávida (N=4.261)</i>	<i>A maioria das mulheres da sua comunidade toma medicamentos para prevenir a malária quando está grávida (N=4.261)</i>	<i>A maioria das pessoas na sua comunidade aprova que as mulheres grávidas tomem o medicamento para prevenir a malária (N=4.261)</i>
Província	***	***	***
Cuanza Norte	45,5	43,1	18,6
Lunda Sul	61,1	58	17,2
Zaire	55,2	51,8	22,8
Sexo	**		
Feminino	53,8	50,4	19,6
Masculino	50,7	50,2	19,8
Idade			*
15-24	49,1	48,2	22,2
25-34	57,3	52,2	18,3
35-44	55,1	50	18,7
≥45	53,2	53,2	17,1
Residência			
Urbano	53,9	51,7	21,6
Rural	52,4	48,2	16,4
Educação			***
Primário não concluído	53,9	49,7	17,5
Primário	44,8	45,6	19,8
Secundário	61,7	57,1	23,7
Quintil de riqueza	***	**	***
Mais baixo	49,2	48,1	15,8
Segundo	55	49,1	21
Médio	50,3	48,3	15,3
Quarto	49,6	49	24
Mais alto	62,4	57,1	21,7
Percentagem de inquiridos com normas comunitárias percebidas	53,3	50,4	19,6

Tabela A.4.8: Atitudes equitativas dos géneros em relação à malária na gravidez

A **Tabela A.4.8** apresenta a distribuição das atitudes equitativas de género em relação aos CPN. As atitudes equitativas de género foram calculadas com base nas percepções relatadas por um participante. Os dados são apresentados por província de estudo e são desagregados por sexo do participante, grupo etário e nível de educação, bem como tipo de residência do agregado familiar e quintil de riqueza.

Tabela A.4.8: Atitudes equitativas dos géneros em relação à malária na gravidez				
Percentagem de inquiridos com atitudes equitativas de género em relação ao CPN, por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que consideram que:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
A mulher grávida deve sentir-se à vontade para pedir ao marido/esposo que vá ao centro de saúde para uma consulta pré-natal***	59,8	79,8	88,1	75,2
Sexo				
Feminino	58,8	79,7	87,7	75,0
Masculino	65,0	80,2	91,6	76,7
Idade			**	
15-24	58,4	76,9	86,0	72,9
25-34	63,9	83,1	91,5	80,0
35-44	61,0	75,6	88,5	73,9
≥45	52,5	86,2	81,8	73,1
Residência		*		
Urbano	61,5	77,5	89,4	75,9
Rural	57,2	83,6	85,7	74,1
Educação				***
Primário não concluído	58,3	82,0	85,8	70,9
Primário	60,2	77,1	87,7	77,0
≥ Secundário	67,1	77,9	90,4	81,8
Quintil de riqueza	***			***
Mais baixo	41,7	84,9	85,4	56,4
Segundo	67,8	78,0	90,6	75,4
Médio	60,7	91,3	90,2	81,7
Quarto	72,5	69,0	84,5	76,8
Mais alto	84,1	76,9	89,5	85,0
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.4.9: Percepções dos trabalhadores de saúde baseados em estabelecimentos de saúde sobre malária na gravidez

A Tabela A.4.9 resume a percentagem de inquiridos que têm percepções favoráveis dos profissionais de saúde das unidades sanitárias em relação à malária na gravidez, com base na concordância ou discordância dos inquiridos em relação a várias afirmações. Os dados são apresentados por província de estudo e desagregados por sexo do inquirido, idade, nível de educação, bem como tipo de residência do agregado familiar e quintil de riqueza.

Tabela A.4.9: Percepções dos trabalhadores de saúde baseados em estabelecimentos de saúde sobre malária na gravidez				
Percentagem de inquiridos com percepções específicas dos profissionais de saúde das unidades sanitárias, por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que concordam/discordam com as seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Os profissionais de saúde da unidade de saúde desta comunidade oferecem sempre o medicamento para prevenir a malária nas mulheres grávidas***</i>	71,6	77,7	81,8	76,8
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Os profissionais de saúde das unidades de saúde desta comunidade só dão sempre às mulheres grávidas o medicamento para prevenir a malária se elas tiverem comido ante*</i>	25,3	36,5	25,4	28,6
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Se uma mulher for ao centro de saúde durante os primeiros dois meses de gravidez, os profissionais de saúde mandam-na embora***</i>	55,3	57,7	72,5	61,8
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Se uma mulher grávida for ao centro de saúde sem o marido/parceiro, os profissionais de saúde mandam-na embora***</i>	54,2	71,7	71,6	65,2
Percentagem de inquiridos com percepções favoráveis dos profissionais de saúde das unidades sanitárias	52,0	63,2	66,4	60,2
Sexo	*	*		
Feminino	51,6	62,8	66,3	60,0
Masculino	54,3	65,5	67,3	61,2
Idade		*		
15-24	51,1	66,2	59,7	58,3
25-34	58,0	58,3	75,1	65,1
35-44	46,6	63,7	64,8	57,2
≥45	52,3	63,5	62,7	59,3
Residência				
Urbano	50,5	68,6	67,3	61,6
Rural	54,4	54,3	64,9	57,8
Educação				**

Primário não concluído	52,7	59,4	59,9	56,2
Primário	42,5	64,5	68,5	59,6
≥ Secundário	65,8	68,9	69,5	68,6
Quintil de riqueza			*	***
Mais baixo	51,2	58,2	56,2	53,3
Segundo	46,9	66,5	56,0	54,5
Médio	46,4	56,3	66,8	57,1
Quarto	55,4	71,2	69,9	67,0
Mais alto	71,6	62,7	69,0	67,7
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.4.10: Tomada de decisões sobre cuidados pré-natais

A Tabela A.4.10 resume a distribuição dos inquiridos envolvidos na tomada de decisões relativas aos cuidados pré-natais. Os resultados são apresentados por província e desagregados por sexo do inquirido, idade, nível de educação, tipo de residência do agregado familiar e quintil de riqueza do agregado familiar.

Tabela A.4.10: Tomada de decisões sobre cuidados pré-natais				
Distribuição percentual dos inquiridos envolvidos na tomada de decisões sobre cuidados pré-natais por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos envolvidos na tomada de decisões relativas aos cuidados pré-natais	Cuanza Norte (N=1.017)	Lunda Sul (N=879)	Zaire (N=969)	Total (N=2.865)
Sexo			*	***
Feminino	56,6	76,7	51,1	61,2
Masculino	61,0	66,9	64,1	64,1
Idade	*			
15-24	56,8	72,2	46,0	59,0
25-34	54,6	75,3	57,3	61,4
35-44	64,5	74,4	50,0	62,2
≥45	51,5	77,2	61,6	67,2
Residência				
Urbano	56,5	75,4	51,0	61,0
Rural	58,7	73,3	57,0	63,0
Educação		**	**	**
Primário não concluído	56,8	70,0	42,2	58,8
Primário	66,8	81,6	47,6	60,5
≥ Secundário	45,6	79,3	68,8	69,0
Quintil de riqueza		*	**	**
Mais baixo	58,8	65,9	36,8	57,4
Segundo	66,5	74,7	47,1	65,6
Médio	63,1	78,9	39,8	61,5
Quarto	41,8	78,3	56,6	60,8
Mais alto	44,4	70,7	63,8	62,8
Total (%)***	57,5	74,6	53,2	61,7
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.4.11: Comunicação interpessoal relativa aos cuidados pré-natais

A Tabela A.4.11 descreve a comunicação interpessoal relativa aos cuidados pré-natais em cada província estudada. Especificamente, esta tabela resume a distribuição dos inquiridos que relataram ter discutido os CPN com o seu cônjuge/parceiro. Os dados são desagregados por sexo, idade, tipo de residência, nível de educação e quintil de riqueza do agregado familiar.

Tabela A.4.11: Comunicação interpessoal relativa aos cuidados pré-natais				
Distribuição percentual dos inquiridos que discutiram a ida aos cuidados pré-natais com o cônjuge/parceiro por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que discutem a frequência de cuidados pré-natais com o cônjuge ou parceiro	Cuanza Norte (N=1.602)	Lunda Sul (N=1.568)	Zaire (N=1.522)	Total (N=4.692)
Sexo				
Feminino	37,0	46,9	57,4	47,3
Masculino	51,0	48,5	69,6	55,3
Idade	*	**	***	***
15-24	41,0	61,3	57,5	52,7
25-34	43,3	49,3	70,3	55,1
35-44	33,0	48,2	50,4	44,0
≥45	39,9	24,0	46,2	33,6
Residência		*		
Urbano	40,7	42,9	56,7	47,1
Rural	38,5	54,3	63,9	51,3
Educação	***	***	**	***
Primário não concluído	34,4	30,5	53,9	36,8
Primário	47,7	62,3	56,1	55,2
≥ Secundário	54,4	70,1	67,5	66,3
Quintil de riqueza	***	***	**	***
Mais baixo	26,6	43,5	41,1	32,9
Segundo	41,6	28,5	55,2	39,6
Médio	40,4	39,3	64,5	48,0
Quarto	42,7	64,2	61,5	57,7
Mais alto	69,9	61,2	59,7	61,7
Total (%) ***	39,7	47,2	59,3	48,8
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.4.12: Intenção de utilizar a TIP e frequentar CPN

A **Tabela A.4.12** descreve a intenção das mulheres de utilizar o TIP. Estes dados referem-se apenas às mulheres e aos parceiros das mulheres que comunicaram a sua intenção de ter filhos/mais filhos. A tabela apresenta a distribuição das mulheres que tencionam usar o TIP na próxima gravidez. Os dados são apresentados por província e desagregados de acordo com o sexo do inquirido, grupo etário, tipo de residência, nível de educação e quintil de riqueza do agregado familiar.

Tabela A.4.12: Intenção de usar TIP e frequentar CPN												
Entre as mulheres que tencionam ter mais filhos, distribuição percentual das inquiridas que tencionam usar TIP ou aceder a serviços de CPN na próxima gravidez, por província, Angola 2023												
Características	Cuanza Norte (N=473)			Lunda Sul (N=384)			Zaire (N=650)			Total (N=1.507)		
	% que tencionam utilizar TIP na próxima gravidez	% que tencionam ir ao CPN no primeiro trimestre	% que tencionam ir a pelo menos 4 consultas de CPN	% que tencionam utilizar TIP na próxima gravidez	% que tencionam ir ao CPN no primeiro trimestre	% que tencionam ir a pelo menos 4 consultas de CPN	% que tencionam utilizar TIP na próxima gravidez	% que tencionam ir ao CPN no primeiro trimestre	% que tencionam ir a pelo menos 4 consultas de CPN	% que tencionam utilizar TIP na próxima gravidez	% que tencionam ir ao CPN no primeiro trimestre	% que tencionam ir a pelo menos 4 consultas de CPN
Idade												
15–24	93.1	60,9	69,1	97,9	56,7	82,1	96,5	75,4	83,0	95,7	65,2	77,9
25–34	93.7	59,6	84,4	97,1	66,9	78,3	99,8	65,7	89,9	97,6	64,4	85,7
35–44	81.0	48,8	63,6	100,0	47,5	74,9	96,5	72,9	91,0	92,6	56,3	76,5
≥45	26.3	67,5	13,7	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	47,2	69,2	38,2
Residência												
Urbano	93.8	58,5	72,7	99,6	57,9	84,9	98,1	72,6	86,9	97,1	64,5	82,0
Rural	88.1	61,3	72,5	95,1	60,7	72,6	97,7	67,9	85,9	93,8	63,6	77,7
Educação												
Primário não concluído	91.8	59,1	73,9	97,3	70,2	71,9	93,4	69,6	80,9	93,6	64,2	75,0
Primário	89.4	66,8	65,9	99,0	71,5	70,5	98,6	65,0	90,0	96,2	66,7	79,9

Secundário ou superior	96.1	46,0	80,9	97,7	44,1	91,1	99,4	78,2	85,7	98,4	61,6	87,1
Quintil de riqueza												
Mais baixo	86.8	55,9	64,5	100,0	75,5	58,5	94,2	68,2	87,7	90,6	61,8	66,6
Segundo	93.1	67,3	84,5	100,0	81,9	72,0	96,4	69,0	80,1	96,0	72,2	79,6
Médio	93.4	67,3	75,5	95,3	57,9	74,0	98,6	75,4	90,5	96,1	68,2	81,5
Quarto	89.1	51,4	84,8	99,8	40,0	90,1	98,5	80,0	85,2	97,3	64,0	86,5
Mais alto	99.7	55,8	61,0	95,2	57,3	88,5	98,0	60,8	87,3	97,6	58,8	82,4
Total (%)	91.7	59,5	72,6	97,9	59,0	80,1	97,9	71,0	86,6	95,9	64,2	80,4
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001												

Tabela A.4.13: Cuidados pré-natais

A **Tabela A.4.13** descreve a frequência de cuidados pré-natais entre as mulheres. Todos os inquiridos para esta tabela eram mulheres com um nascimento vivo nos últimos dois anos. Os dados apresentados incluem a percentagem de mulheres que referiram ter assistido a pelo menos uma consulta de CPN, ter assistido a pelo menos quatro consultas de CPN, ter assistido a pelo menos uma consulta de CPN acompanhada pelo cônjuge e ter assistido a pelo menos uma consulta de CPN e recebido um MTI. Os dados são desagregados por faixa etária do inquirido, tipo de residência, província de estudo e quintil de riqueza do agregado familiar.

Tabela A.4.13: Cuidados pré-natais					
Entre as mulheres que tencionam ter mais filhos, distribuição percentual dos inquiridos que tencionam usar TIP na próxima gravidez por província, Angola 2023					
Características	Participação em pelo menos uma consulta pré-natal	Participação em pelo menos quatro consultas pré-natais (N=1.432)	Participação na primeira consulta pré-natal no primeiro trimestre de gravidez (N=1.432)	Comparecer a pelo menos uma consulta pré-natal acompanhado do cônjuge (N=1.432)	Participação em pelo menos uma consulta pré-natal e receção de um MTI (N=1.432)
Província	***	***	***		
Cuanza Norte	86,2	60,2	41,8	44,4	66,4
Lunda Sul	91,1	71	34	32	59,6
Zaire	97	76,1	62,3	52,9	69,7
Idade					
15–24	91,7	64,2	43,9	42,8	65,1
25–34	90,9	72,8	49,1	47,7	67,1
35–44	88,6	70,4	48,1	37,9	65,8
≥45	68	49	18	46,6	49
Residência					*
Urbana	91,9	66,5	44,2	42,1	69,1
Rural	89	69,9	48,7	46,9	60
Educação	***	***		**	
Primário não concluído	88,7	57,6	47	42,1	61,8
Primário	90,8	70,8	46,1	48,6	65,3
≥ Secundário	95,7	88,7	43,2	40,9	75,4
Quintil de riqueza	***	***	**	*	

Mais baixo	80,4	42	42,6	50,3	54,6
Segundo	87,8	63,8	50,4	43,8	57,4
Médio	94,8	70	44,8	36,1	67,7
Quarto	98,2	88,3	42,5	40,6	81,8
Mais alto	95,9	84,8	52,3	49,5	66,7
Total (%)	90,7	67,8	45,9	43,9	65,7
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001					

Tabela A.4.14: Utilização de tratamento preventivo intermitente (TIP) por mulheres durante a gravidez

A **Tabela A.4.14** resume a utilização de TIP durante a gravidez entre as mulheres que deram à luz nos 2 anos anteriores ao inquérito. Apenas os dados das mulheres são apresentados nesta tabela. Os dados são desagregados por faixa etária das participantes, o número de consultas de CPN a que assistiram durante a última gravidez, o tipo de residência do agregado familiar, a província do estudo, o nível de escolaridade das participantes e o quintil de riqueza do agregado familiar.

Tabela A.4.14 Utilização de TIP pelas mulheres durante a gravidez			
Percentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos com um nado-vivo nos 2 anos anteriores ao inquérito que, durante a gravidez que resultou no último nado-vivo, receberam uma ou mais doses de SP/Fansidar, receberam duas ou mais doses de SP/Fansidar e receberam três ou mais doses de SP/Fansidar, de acordo com as características de fundo, Angola 2023			
Características	Percentagem de pessoas que receberam uma ou mais doses de SP/Fansidar (N=1.432)	Percentagem de pessoas que receberam duas ou mais doses de SP/Fansidar (N=1.432)	Percentagem de pessoas que receberam três ou mais doses de SP/Fansidar (N=1.432)
Província	***	***	***
Cuanza Norte	88,0	73,2	57,3
Lunda Sul	92,3	77,5	64,9
Zaire	97,2	89,3	75,3
Idade			** *
15-24	94,2	78,1	65,3
25-34	91,0	83,0	66,6
35-44	86,9	76,1	59,8
≥45	77,6	45,2	43,1
Residência			
Urbano	93,4	80,2	66,2
Rural	89,6	77,5	62,3
Educação	***	***	***
Primário não concluído	87,3	77,0	56,7
Primário	95,2	73,3	66,0
≥ Secundário	98,1	93,5	82,5
Quintil de riqueza	***	***	***
Mais baixo	83,2	70,3	54,7
Segundo	90,9	69,4	53,3
Médio	96,3	79,5	61,7
Quarto	96,5	89,7	79,5

Mais alto	95,6	91,3	79,2
Percentagem de mulheres que receberam o número de doses de TIP	91,9	79,1	64,7
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001			

Tabela A.4.15: Fonte de TIP

A **Tabela A.4.15** descreve as fontes comuns de TIP entre as mulheres que deram à luz nos 2 anos anteriores ao estudo. Esta tabela também especifica a percentagem de mulheres que receberam uma ou mais doses de TIP por características sociodemográficas. Os dados são desagregados por faixa etária dos participantes, tipo de residente, província do estudo e quintil de riqueza do agregado familiar.

Tabela A.4.15: Fonte de TIP				
Fonte de TIP entre mulheres com um nado-vivo nos últimos dois anos, Angola 2023				
Características	Percentagem de pessoas que receberam uma ou mais doses de SP/Fansidar (N=1.432)	Fontes das doses de SP/Fansidar entre as pessoas que receberam pelo menos uma dose N=1.291)		
		Cuidados pré-natais	Visita não pré-natal no estabelecimento	Farmácia
Província	***	***	***	***
Cuanza Norte	88,0	97,2	39,0	5,4
Lunda Sul	92,3	91,5	13,6	4,7
Zaire	97,2	98,9	20,7	1,0
Idade				*
15–24	94,2	96,9	30,4	4,9
25–34	91,0	96,2	21,4	2,5
35–44	86,9	94,9	23,0	0,8
≥45	77,6	81,7	39,0	27,8
Residência		**		
Urbano	93,4	98,4	28,4	4,7
Rural	89,6	92,6	23,3	2,3
Educação	***			
Primário não concluído	87,3	94,7	26,6	2,3
Primário	95,2	98,0	35,1	7,5
≥ Secundário	98,1	97,0	13,0	1,6
Quintil de riqueza	***	*	***	
Mais baixo	83,2	96,2	39,7	8,8
Segundo	90,9	93,1	27,5	1,9
Médio	96,3	96,4	15,3	3,4
Quarto	96,5	98,9	22,4	2,2
Mais alto	95,6	96,2	26,4	1,7
Total (%)	91,9	96,2	26,5	3,8
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.4.16: Resultados da regressão logística que exploram os factores associados à intenção de ir ao CPN quatro vezes

Tabela A.4.16. Resultados da regressão logística explorando os factores associados à intenção de frequentar o CPN quatro vezes			
Característica	% que tenciona ir ao CPN pelo menos quatro vezes	aOR	IC 95%
Província			
Cuanza Norte (Referência)	72,62	1,00	
Lunda Sul	80,09	0,83	0,56-1,25
Zaire	86,58	2,03***	1,34-3,06
Grupo etário			
15-24 (Referência)	77,86	1,00	
25-34	85,70	0,74	0,53-1,03
35-44	76,50	0,54*	0,33-0,89
45 ou mais	38,23	0,21*	0,04-0,98
Religião			
Católico (Referência)	82,50	1,00	
Protestante	81,45	0,80	0,57-1,12
Outros	72,41	0,69	0,44-1,09
Primíparas			
Não (Referência)	79,11	1,00	
Sim	80,86	1,76***	1,26-2,47
Residência			
Urbano (Referência)	81,99	1,00	
Rural	77,68	0,83	0,63-1,11
Nível de educação			
Primário não concluído (Referência)	74,95	1,00	
Primário	79,88	0,92	0,65-1,28
Secundário ou mais	87,08	1,20	0,78-1,84
Quintil de riqueza			
Mais baixo	66,55	1,00	
Segundo	79,61	1,34	0,88-2,06
Médio	81,53	2,08**	1,33-3,27
Quarto	86,50	1,85*	1,16-2,95
Mais alto	82,38	1,53	0,94-2,48
Proximidade de uma unidade de saúde			
Não (Referência)	80,46	1,00	
Sim	80,42	0,92	0,66-1,27

Consideração da malária como grave			
Não (Referência)	78,05	1,00	
Sim	84,28	1,30	0,97-1,74
Percepção da suscetibilidade à malária			
Não (Referência)	77,06	1,00	
Sim	82,84	1,11	0,84-1,48
Comunicação interpessoal com o parceiro ou família/amigos nos últimos 6 meses			
Não (Referência)	81,20	1,00	
Sim	76,93	0,90	0,62-1,32
Conhecimento completo de CPN/TIP			
Não (Referência)	77,61	1,00	
Sim	89,71	2,40***	1,56-3,69
Conhecimento completo sobre a malária			
Não (Referência)	76,32	1,00	
Sim	83,91	0,92	0,69-1,24
Percepção de que o TIP e o CPN são normas comunitárias			
Não (Referência)	79,34	1,00	
Sim	81,58	1,07	0,81-1,41
Percepção da auto-eficácia completa em relação ao CPN			
Não (Referência)	70,97	1,00	
Sim	83,78	1,46*	1,08-1,96
Percepções favoráveis sobre os profissionais de saúde e os CPN			
Não (Referência)	67,42	1,00	
Sim	87,40	1,79***	1,36-2,37
Viu ou ouviu uma mensagem sobre a malária nos últimos 6 meses			
Não (Referência)	80,82	1,00	
Sim	79,43	1,40	0,99-1,97
Pseudo-R2	0,1006		
Número de observações	1.507		
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; 0,001.			

Tabela A.4.17: Resultados da regressão logística que exploram os factores associados à intenção de frequentar CPN no primeiro trimestre

Tabela A.4.17. Resultados da regressão logística que exploram os factores associados à intenção de frequentar CPN no primeiro trimestre			
Característica	% que tencionam ir ao CPN Precoce	aOR	IC 95%
Província			
Cuanza Norte (Referência)	59,51	1	
Lunda Sul	58,96	0,74	0,52-1,05
Zaire	71,03	1,17	0,84-1,62
Grupo etário			
15-24 (Referência)	65,19	1	
25-34	64,42	0,96	0,74-1,26
35-44	56,33	1,01	0,66-1,56
45 ou mais	69,21	1,86	0,34-10,10
Religião			
Católico (Referência)	62,77	1	
Protestante	62,76	1,02	0,78-1,33
Outros	72,22	1,24	0,85-1,80
Primíparas			
Não (Referência)	71,37	1	
Sim	61,79	0,98	0,71-1,35
Residência			
Urbano	64,46	1	
Rural	63,63	0,89	0,70-1,13
Nível de educação			
Primário não concluído (Referência)	64,21	1	
Primário	66,67	0,84	0,63-1,12
Secundário ou mais	61,61	1,16	0,82-1,63
Estatuto socioeconómico			
Mais baixo	61,76	1	
Segundo	72,2	0,99	0,67-1,45
Médio	68,24	1,1	0,75-1,63
Quarto	64,02	0,72	0,49-1,07
Mais alto	58,84	0,93	0,61-1,42
Perto de um centro de saúde			
Não (Referência)	53,78	1	

Sim	68,09	1,31*	1,00-1,70
Consideração da malária como grave			
Não (Referência)	63,29	1	
Sim	65,56	1,14	0,90-1,44
Perceção da suscetibilidade à malária			
Não (Referência)	60,28	1	
Sim	66,94	1,27*	1,01-1,61
Comunicação interpessoal com o parceiro ou família/amigos nos últimos 6 meses			
Não (Referência)	61,55	1	
Sim	76	1,17	0,86-1,60
Conhecimento completo do CPN/TIP			
Não (Referência)	62,73	1	
Sim	68,88	1,98***	1,45-2,69
Conhecimento completo sobre a malária			
Não (Referência)	58,19	1	
Sim	69,23	1,26	1,00-1,60
Perceção do TPI e da frequência dos CPN como normas comunitárias			
Não (Referência)	61,84	1	
Sim	66,62	0,83	0,66 1,05
Perceção da auto-eficácia completa em relação à NPC			
Não (Referência)	60,36	1	
Sim	65,51	1,33*	1,04-1,70
Percepções favoráveis sobre os técnicos de saúde do CPN			
Não (Referência)	63,32	1	
Sim	64,61	1,37**	1,08-1,73
Viu ou ouviu uma mensagem sobre a malária nos últimos 6 meses			
Não (Referência)	59,33	1	
Sim	76,41	1,25	0,95-1,64
Pseudo-R2	0,0443		
Número de observações	1.507		
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001.			

A.5 Utilização de redes tratadas com inseticida

Esta subsecção do anexo apresenta todos os quadros de dados relacionados com a utilização de MTI. Os quadros ou figuras seguintes podem ter sido duplicados ou referenciados no corpo principal do relatório.

Tabela A.5.1: Conhecimentos sobre a prevenção da malária com redes mosquiteiras

A **Tabela A.5.1** apresenta a distribuição dos conhecimentos dos participantes sobre prevenção da malária usando MTIs. Os resultados são apresentados por características dos participantes e são desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.1: Conhecimentos sobre prevenção da malária com MTIs				
Percentagem de inquiridos com percepções específicas dos profissionais de saúde das unidades sanitárias, por província, Angola 2023				
Características	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
Sexo				
Feminino	75,7	89,7	92,1	85,5
Masculino	91,6	76,8	90,7	86,5
Idade				
15-24	74,8	92,4	90,5	85,1
25-34	77,0	92,3	94,6	88,0
35-44	79,4	83,5	92,7	84,8
≥45	88,6	76,5	86,0	83,2
Residência				
Urbano	75,6	86,5	92,0	84,5
Rural	82,3	89,8	91,9	87,6
Educação	***	***		***
Primário não concluído	76,1	82,9	89,8	80,8
Primário	81,9	92,4	91,0	88,5
≥ Secundário	82,6	92,9	94,9	91,9
Quintil de riqueza	**			***
Mais baixo	77,0	90,3	96,5	82,3
Segundo	71,8	75,3	88,6	76,2
Médio	88,1	91,8	87,9	89,3
Quarto	82,1	91,0	93,1	89,9
Mais alto	77,6	89,0	93,8	89,5
Total (%)	78,2	87,7	92,0	85,6
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.5.2: Atitudes favoráveis em relação aos MTIs

A Tabela A.5.2 apresenta a distribuição das atitudes dos inquiridos relativamente aos mosquiteiros. Esta tabela especifica as atitudes favoráveis em relação aos MTIs com base na concordância ou discordância com afirmações específicas. Os resultados são apresentados por características dos participantes e desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.2: Atitudes favoráveis em relação aos MTIs				
Percentagem de inquiridos com atitudes específicas em relação aos mosquiteiros por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos com atitudes favoráveis às redes com base nas seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>É mais fácil ter uma boa noite de sono quando durmo debaixo de um mosquiteiro***</i>	89,1	82,2	94,2	88,8
<u>NÃO CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Não é fácil dormir debaixo de uma rede porque todas as noites é preciso desdobrá-la e cobrir o espaço de dormir***</i>	42,3	59,0	46,8	48,7
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Não gosto de dormir debaixo de uma rede mosquiteira quando o tempo está demasiado quente***</i>	45,2	62,2	42,1	49,1
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Dormir debaixo de uma rede é um inconveniente para um casal que quer ter filhos***</i>	55,2	63,8	61,2	59,7
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>O cheiro do inseticida faz com que seja desconfortável para mim dormir debaixo de uma rede mosquiteira***</i>	42,5	51,1	36,3	42,9
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>As redes mosquiteiras são geralmente fáceis de utilizar para dormir***</i>	84,8	74,9	90,9	84,0
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Os mosquiteiros tratados com inseticida não representam um risco para a saúde***</i>	61,4	54,3	72,1	63,0
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>As redes mosquiteiras são muito úteis***</i>	87,7	78,2	95,3	87,5
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Os mosquiteiros mais caros são mais eficazes do que os mosquiteiros mais baratos ou gratuitos***</i>	35,6	50,7	54,9	46,5
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Os mosquiteiros tratados atraem os percevejos e outros insectos***</i>	34,5	42,6	45,6	40,6

Percentagem de inquiridos com atitudes favoráveis em relação aos MTI ***	68,4	72,1	80,2	73,4
Sexo		*		
Feminino	68,2	69,8	80,3	72,9
Masculino	69,4	84,8	79,5	77,0
Idade		**		
15-24	66,3	75,1	79,6	73,2
25-34	73,0	64,5	80,8	74,1
35-44	69,9	78,6	79,1	75,3
≥45	61,3	68,5	82,4	69,4
Residência				*
Urbano	70,6	73,4	78,4	74,2
Rural	64,8	69,9	83,3	72,3
Educação	*			***
Primário não concluído	66,2	64,8	76,9	67,9
Primário	67,9	78,7	83,5	77,7
≥ Secundário	80,9	80,0	79,1	79,7
Quintil de riqueza	***			***
Mais baixo	63,9	57,4	76,4	64,0
Segundo	71,3	79,5	87,5	77,0
Médio	65,4	62,2	77,2	68,6
Quarto	73,6	82,2	80,8	79,6
Mais alto	74,5	75,5	80,0	77,7
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.5.3: Atitudes favoráveis em relação aos cuidados com os MTIs

A Tabela A.5.3 apresenta a distribuição das atitudes dos participantes relativamente aos cuidados com os MTIs com base na concordância ou discordância com afirmações específicas. Os resultados são apresentados por características dos participantes e desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.3: Atitudes favoráveis em relação aos cuidados com os MTIs				
Percentagem de inquiridos com atitudes específicas em relação aos mosquiteiros por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos com atitudes favoráveis aos cuidados com os MTI com base nas seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Há acções que posso tomar para ajudar a minha rede mosquiteira a durar mais tempo***</i>	87,0	80,6	89,4	86,0
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Posso proteger a minha família contra a malária cuidando do meu mosquiteiro***</i>	91,4	80,3	94,3	89,2
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Outras pessoas desta comunidade cuidam das suas redes mosquiteiras***</i>	67,6	59,4	62,4	63,5
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Estou confiante de que posso dobrar ou atar as redes em minha casa todos os dias depois de as utilizar***</i>	84,1	80,8	88,0	84,5
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Vale a pena dedicar algum tempo a cuidar do meu mosquiteiro***</i>	89,7	85,9	91,6	89,2
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Estou confiante de que posso impedir as crianças de brincarem com a rede***</i>	88,6	80,5	95,8	88,7
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Uma rede velha pode ainda proteger contra a malária se for bem cuidada***</i>	85,6	77,0	92,6	85,5
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Eu usaria uma rede para dormir, independentemente da sua forma***</i>	74,0	73,8	82,5	76,8
Percentagem de inquiridos com atitudes favoráveis em relação aos cuidados com os MTIs***	93,6	83,3	96,7	91,7
Sexo				
Feminino	93,1	82,8	96,6	91,4
Masculino	96,5	85,8	98,0	93,4
Idade				
15-24	96,6	85,7	98,0	93,8
25-34	95,0	91,4	98,7	95,6
35-44	92,1	80,4	90,3	88,3
≥45	84,8	70,1	98,6	82,4

Residência		*		
Urbano	92,9	77,7	96,0	89,6
Rural	94,7	92,6	98,0	95,2
Educação				**
Primário não concluído	92,8	77,9	91,9	88,1
Primário	93,5	92,4	99,0	95,9
≥ Secundário	98,5	86,3	98,0	94,0
Quintil de riqueza	**			**
Mais baixo	90,1	80,9	98,7	89,2
Segundo	95,6	81,4	99,7	92,2
Médio	97,9	78,9	98,6	91,7
Quarto	91,6	92,6	96,8	94,3
Mais alto	96,7	81,0	94,0	90,9
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.5.4: Eficácia de resposta percebida dos MTI

A Tabela A.5.4 resume a percepção da eficácia dos MTIs pelos inquiridos com base na sua concordância ou discordância com determinadas afirmações. Os resultados são apresentados por características dos participantes e são desagregados por província de estudo.

Tabela A,5,4: Eficácia de resposta percebida dos MTI				
Percentagem de inquiridos com percepção de eficácia de resposta específica por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos com percepção da eficácia da resposta com base nas seguintes afirmações:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>Os mosquiteiros só previnem as picadas de mosquitos quando são utilizados numa cama***</i>	9,0	10,2	14,8	11,3
<u>DISCORDO</u> da seguinte afirmação: <i>As minhas hipóteses de apanhar malária são as mesmas, quer durma ou não debaixo de uma rede mosquiteira***</i>	44,3	55,4	59,2	52,6
<u>CONCORDO</u> com a seguinte afirmação: <i>Dormir debaixo de uma rede mosquiteira todas as noites é a melhor forma de evitar apanhar malária***</i>	89,9	85,8	94,3	90,2
Percentagem de inquiridos com percepção da eficácia dos MTI***	45,3	54,6	62,6	53,9
Sexo			*	
Feminino	44,4	54,3	61,6	53,3
Masculino	50,1	56,2	71,1	57,4
Idade		***		
15-24	48,3	53,8	63,5	54,9
25-34	42,4	38,2	61,4	49,2
35-44	50,2	70,4	61,8	59,5
≥45	33,5	60,4	65,8	52,1
Residência			*	
Urbano	49,2	56,5	59,7	55,0
Rural	39,3	51,4	67,8	52,1
Educação	*			***
Primário não concluído	43,4	51,7	59,1	49,0
Primário	50,8	51,0	60,0	55,3
≥ Secundário	45,8	62,1	68,3	62,0
Quintil de riqueza	***			***
Mais baixo	37,0	50,9	57,6	42,6
Segundo	49,4	58,2	63,1	54,7
Médio	49,3	54,0	59,6	54,6
Quarto	47,4	54,6	65,8	58,0
Mais alto	54,6	54,7	62,8	59,0

Tabela A.5.5: Auto-eficácia percebida para utilizar os MTI

A Tabela A.5.5 descreve a percepção de auto-eficácia dos inquiridos para a utilização de MTI com base nas suas respostas a uma série de perguntas que lhes perguntam se sentem que podem ou não podem tomar determinadas medidas. Os resultados são apresentados por características dos participantes e são desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.5: Auto-eficácia percebida para utilizar os MTI				
Distribuição percentual dos inquiridos com auto-eficácia específica para usar MTIs por província, Angola 2023				
Percentagem de inquiridos que poderiam fazer o seguinte:	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
Dormir debaixo de uma rede mosquiteira durante toda a noite quando há muitos mosquitos***	95,5	87,9	97,3	93,9
Dormir debaixo de uma rede mosquiteira durante toda a noite, quando há poucos mosquitos***	92,9	86,9	87,3	89,3
Dormir debaixo de uma rede mosquiteira todas as noites do ano***	91,9	85,5	87,8	88,6
Fazer com que todos os seus filhos durmam debaixo de uma rede mosquiteira todas as noites do ano***	94,7	87,5	94,7	92,6
Percentagem de inquiridos com percepção de auto-eficácia para usar os MTI**	87,1	78,7	80,7	82,5
Sexo				
Feminino	87,3	77,1	80,4	81,9
Masculino	86,1	87,6	83,4	85,9
Idade				
15-24	87,5	84,9	80,9	84,5
25-34	87,5	86,2	82,0	84,9
35-44	84,9	69,9	80,2	79,2
≥45	89,2	66,0	76,0	76,8
Residência				
Urbano	87,8	75,5	80,3	81,6
Rural	85,9	84,2	81,4	83,9
Educação				
Primário não concluído	87,6	74,6	80,3	82,3
Primário	86,8	85,0	83,0	84,6
≥ Secundário	84,5	81,6	78,3	80,6
Quintil de riqueza	*	**	**	***
Mais baixo	88,7	90,3	86,8	88,8
Segundo	89,0	77,1	82,0	84,1
Médio	84,1	71,3	87,4	81,0
Quarto	84,6	85,9	80,7	83,2
Mais alto	84,6	72,0	74,6	75,8

Tabela A.5.6: Normas comunitárias percebidas relativamente aos MTI

A **Tabela A.5.6** descreve as normas comunitárias percebidas pelos inquiridos relativamente aos MTI. As normas comunitárias percebidas foram avaliadas com base nas respostas dos participantes a uma série de perguntas sobre a proporção de membros da sua comunidade que usam mosquiteiros e/ou aprovam que eles (o inquirido) usem mosquiteiros todas as noites. Os resultados são apresentados por características dos participantes e são desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.6: Normas comunitárias percebidas relativamente aos MTI								
Percentagem de inquiridos com normas percebidas relativamente à utilização de MTI, por província, Angola 2023								
Características	Cuanza Norte (N=1.582)		Lunda Sul (N=1.193)		Zaire (N=1.486)		Total (N=4.261)	
	Pelo menos metade dos membros da comunidade que têm redes utilizam-nas todas as noites	Pelo menos metade dos membros da comunidade aprova a utilização de uma rede todas as noites	Pelo menos metade dos membros da comunidade que têm redes utilizam-nas todas as noites	Pelo menos metade dos membros da comunidade aprova a utilização de uma rede todas as noites	Pelo menos metade dos membros da comunidade que têm redes utilizam-nas todas as noites	Pelo menos metade dos membros da comunidade aprova a utilização de uma rede todas as noites	Pelo menos metade dos membros da comunidade que têm redes utilizam-nas todas as noites	Pelo menos metade dos membros da comunidade aprova a utilização de uma rede todas as noites
Sexo								
Feminino	43,2	11,9	48,3	16,4	42,9	25,5	44,5	18,0
Masculino	39,0	13,1	64,9	14,9	50,8	31,0	50,4	18,2
Idade							***	**
15–24	48,8	15,6	42,6	16,3	42,7	31,0	45,0	20,9
25–34	41,9	10,0	50,2	13,6	45,3	28,2	45,3	18,3
35–44	36,0	10,4	53,3	24,0	44,1	18,7	43,4	16,8
45 +	38,0	9,2	65,8	9,9	40,2	15,5	49,5	11,0
Residência								
Urbano	41,9	11,6	51,8	17,3	42,6	25,1	45,0	18,0
Rural	43,6	12,8	49,2	14,2	45,5	27,6	45,8	18,0
Educação		*				**		***
Primário não concluído	42,6	10,2	57,4	10,5	39,5	23,0	46,5	12,8

Primário	40,6	16,3	41,8	20,5	41,7	25,2	41,4	21,4
Secundário ou superior	45,9	14,1	45,7	22,9	49,2	29,5	47,4	24,4
Quintil de riqueza	***		**	***	**		*	***
Mais baixo	39,6	12,6	56,3	7,6	61,5	28,0	45,9	13,5
Segundo	35,1	11,5	68,2	7,2	36,2	25,3	45,1	13,0
Médio	39,5	15,1	52,1	17,5	37,6	17,3	43,0	16,7
Quarto	53,7	7,6	36,8	12,8	44,6	35,1	44,2	21,7
Mais alto	61,5	12,3	45,1	33,1	45,3	23,7	48,2	24,2
Total (%)	42,6	12,1	50,8	16,2	43,7	26,0	45,3	18,0
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001								

Tabela A.5.7: Atitudes equitativas de género relativamente aos MTI

A **Tabela A.5.7** apresenta as atitudes equitativas de género dos participantes em relação à utilização de MTI. As atitudes de género comunicadas por cada um baseiam-se na sua concordância ou discordância com várias afirmações. Os resultados são apresentados por características dos participantes e são desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.7: Atitudes equitativas de género relativamente aos MTI								
Percentagem de inquiridos com atitudes equitativas de género relativamente à utilização de MTI, por província, Angola 2023								
	Cuanza Norte (N=1.582)		Lunda Sul (N=1.193)		Zaire (N=1.486)		Total (N=4.261)	
Percentagem de inquiridos que discordam das seguintes afirmações:	É mais importante que as crianças do sexo feminino durmam debaixo das redes disponíveis do que as do sexo masculino	É mais importante que as crianças do sexo masculino durmam debaixo das redes disponíveis do que as crianças do sexo feminino	É mais importante que as crianças do sexo feminino durmam debaixo das redes disponíveis do que as do sexo masculino	É mais importante que as crianças do sexo masculino durmam debaixo das redes disponíveis do que as crianças do sexo feminino	É mais importante que as crianças do sexo feminino durmam debaixo das redes disponíveis do que as do sexo masculino	É mais importante que as crianças do sexo masculino durmam debaixo das redes disponíveis do que as crianças do sexo feminino	É mais importante que as crianças do sexo feminino durmam debaixo das redes disponíveis do que as do sexo masculino	É mais importante que as crianças do sexo masculino durmam debaixo das redes disponíveis do que as crianças do sexo feminino
Quando não há redes suficientes...								
Sexo								
Feminino	57,3	72,3	60,7	78,7	67,8	91,9	62	81,1
Masculino	56,7	75,5	69,5	85,5	64,3	88,2	62,8	81,9
Idade		*			*			
15–24	59,1	72,4	65	77,7	68,2	93,5	63,8	80,8
25–34	60,9	76	69,1	74,2	67,6	91,6	65,7	81,9
35–44	48,6	65,4	56,8	81,8	68,8	89,3	57,4	77,6
45 +	60,3	81,8	52,4	89,3	61	89,3	57,3	86,6
Residência			*	*				*
Urbano	57,1	74,5	62,1	82,5	65,8	92	61,6	82,9
Rural	57,4	70,2	62	75	70,4	90,8	62,9	78,3
Educação					*	*	***	***

Primário não concluído	57,1	72,6	59,6	77,2	69,9	94,7	60,3	78,3
Primário	48,8	67	60,8	80,8	64,6	88,2	59	80,1
Secundário ou superior	73,4	84,9	67,3	83,4	68,6	92,7	69	88,1
Quintil de riqueza	***	**						***
Mais baixo	67,4	76,5	51,9	60,8	76	92,2	65,1	75,1
Segundo	47,7	74,6	67	80,8	67,3	80,6	57,3	77,6
Médio	51,8	69,2	50,8	82	62,6	94,6	55,4	82,6
Quarto	55	62,8	78,1	87,2	71,9	89,7	70	82,8
Mais alto	57,3	74,2	59,5	81,4	64,9	94,7	62	87,2
Total (%)	57,2	72,8	62,1	79,7	67,4	91,5	62,1	81,2

Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

Tabela A.5.8: Posse de redes mosquiteiras pelo agregado familiar

A **Tabela A.5.8** resume a posse de redes mosquiteiras (tratadas ou não tratadas) pelos agregados familiares. A tabela de dados especifica a percentagem de agregados familiares com pelo menos um MTI no agregado familiar e pelo menos um MTI por cada duas pessoas que ficaram no agregado familiar na noite anterior. Os resultados são apresentados por residência, província e quintil de riqueza do agregado familiar.

Tabela A.5.8: Posse de redes mosquiteiras pelo agregado familiar		
Percentagem de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro tratado com inseticida (MTI); e percentagem de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro e um MTI por cada duas pessoas, de acordo com as características do agregado familiar, Angola 2023		
Características	Percentagem de agregados familiares com pelo menos um MTI ⁺	Percentagem de agregados familiares com pelo menos um MTI ⁺ por cada duas pessoas
Província	***	***
Cuanza Norte	75,5	30,3
Lunda Sul	51,5	23,1
Zaire	69,4	26,5
Residência	*	***
Urbano	68,4	29,6
Rural	64,2	23,0
Quintil de riqueza	**	***
Mais baixo	61,0	21,6
Segundo	65,0	23,3
Médio	66,6	26,0
Quarto	66,0	29,0
Mais alto	75,5	35,5
Total (%)	66,7	26,8
* Um mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) é um mosquiteiro tratado na fábrica que não necessita de qualquer tratamento posterior.		
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001		

Tabela A.5.9: Acesso a um MTI

A Tabela A.5.9 descreve a percentagem da população de facto em cada província com acesso a um MTI no agregado familiar. Esta percentagem é interpretada como um indicador de acesso. Os resultados são apresentados de acordo com as características do agregado familiar e são desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.9: Acesso a um MTI				
Fração da população de facto com acesso a um MTI no agregado familiar, de acordo com as características do agregado familiar, Angola 2023				
Fração da população de facto com acesso a um MTI*	Cuanza Norte (N=6.529)	Lunda Sul (N=3.793)	Zaire (N=5.358)	Total (N=15.680)
Residência				
Urbano	0,69	0,54	0,54	0,58
Rural	0,57	0,35	0,48	0,49
Quintil de riqueza				
Mais baixo	0,51	0,30	0,55	0,46
Segundo	0,62	0,40	0,44	0,50
Médio	0,65	0,47	0,40	0,49
Quarto	0,84	0,52	0,54	0,59
Mais alto	0,93	0,60	0,66	0,69
Total (%)	0,64	0,45	0,52	0,54
* Fração da população de facto do agregado familiar que poderia dormir sob um MTI se cada MTI do agregado familiar fosse utilizado por duas pessoas, no máximo.				

Tabela A.5.10: Utilização de redes mosquiteiras pelas pessoas do agregado familiar

A Tabela A.5.10 descreve a percentagem da população de facto em cada província que dormiu sob um MTI no agregado familiar na noite anterior ao inquérito. Os resultados são apresentados de acordo com as características dos participantes e são desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.10: Utilização de MTI por pessoas do agregado familiar				
Percentagem da população de facto do agregado familiar que dormiu na noite anterior ao inquérito sob um MTI na noite anterior ao inquérito, de acordo com as características de fundo, Angola 2023				
Percentagem de pessoas que dormiram sob um MTI na noite passada	Cuanza Norte (N=6.529)	Lunda Sul (N=3.793)	Zaire (N=5.358)	Total (N=15.680)
Sexo				
Feminino	0,4	0,32	0,47	0,41
Masculino	0,41	0,3	0,39	0,38
Idade				
0-4	0,48	0,32	0,51	0,47
5-17	0,35	0,23	0,34	0,32
18+	0,43	0,37	0,48	0,44
Residência				
Urbano	0,35	0,35	0,44	0,4
Rural	0,46	0,28	0,41	0,39
Quintil de riqueza				
Mais baixo	0,36	0,21	0,41	0,33
Segundo	0,51	0,27	0,36	0,4
Médio	0,38	0,4	0,36	0,38
Quarto	0,39	0,33	0,46	0,41
Mais alto	0,42	0,36	0,52	0,47
Total (%)	0,41	0,31	0,43	0,4

Tabela A.5.11: Rácio de acesso à utilização de MTI

A Tabela A.5.11 apresenta o rácio de acesso ao uso de MTI em cada província, de acordo com as características dos agregados familiares. Os resultados são desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.11: Rácio de acesso à utilização de MTI				
Rácio de acesso à utilização de MTI, de acordo com as características de fundo, Angola 2023				
Rácio de acesso à utilização de MTI	Cuanza Norte	Lunda Sul	Zaire	Total
Residência				
Urbano	0,51	0,65	0,81	0,69
Rural	0,81	0,80	0,85	0,80
Quintil de riqueza				
Mais baixo	0,71	0,70	0,75	0,72
Segundo	0,82	0,68	0,82	0,80
Médio	0,58	0,85	0,90	0,78
Quarto	0,46	0,63	0,85	0,69
Mais alto	0,45	0,60	0,79	0,68
Total (rácio)	0,64	0,69	0,83	0,74

Tabela A.5.12: Utilização dos MTI existentes

A **Tabela A.5.12** ilustra a percentagem de MTIs que foram usados na noite anterior e os que foram usados todas as noites na semana anterior ao inquérito, de acordo com as características do agregado familiar. Os resultados estão desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.12: Utilização dos MTI existentes								
Percentagem de MTIs usados na noite anterior e todas as noites, por características de contexto, Angola 2023								
Características	Cuanza Norte (N=2,147)		Lunda Sul (N=890)		Zaire (N=1.791)		Total (N=4.828)	
	% de MTIs utilizados na noite anterior	% de MTIs utilizados todas as noites da semana anterior	% de MTIs utilizados na noite anterior	% de MTIs utilizados todas as noites da semana anterior	% de MTIs utilizados na noite anterior	% de MTIs utilizados todas as noites da semana anterior	% de MTIs utilizados na noite anterior	% de MTIs utilizados todas as noites da semana anterior
Residência					***	***		*
Urbana	84,6	85,8	85,9	84,9	79,3	74,4	83,0	81,5
Rural	80,8	81,2	87,1	87,8	92,4	90,6	87,2	86,7
Quintil de riqueza				**	*	***		***
Mais baixo	83,7	83,4	92,3	90,7	87,8	85,8	85,8	85,0
Segundo	83,6	84,1	81,8	82,4	88,3	86,5	84,8	84,6
Médio	76,9	80,8	88,6	89,1	93,1	91,2	85,6	86,5
Quarto	88,5	83,3	86,5	90,5	88,3	85,6	87,9	86,1
Mais alto	84,0	89,4	83,4	78,1	80,8	75,9	81,9	78,9
Total (%)	82,9	83,7	86,4	86,0	86,4	83,2	85,0	83,9
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001								

Tabela A.5.13: Características dos MTI

A Tabela A.5.13 apresenta a percentagem de MTIs com características específicas, de acordo com as características da rede. Os resultados estão desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.13: Características dos MTI				
Percentagem de redes e MTI com características específicas, por província Angola 2023				
	Cuanza Norte (N=2.147)	Lunda Sul (N=890)	Zaire (N=1.791)	Total (N=4.828)
% de mosquiteiros que são MTI*	71,6	93,0	89,8	83,3
% de MTIs obtidos gratuitamente	97,1	94,4	94,1	95,3
Origem das redes***				
Campanha de distribuição em massa	93,6	91,1	73,0	84,6
CPN	2,2	1,4	13,9	6,9
Imunização	0,7	1,7	1,7	1,3
Idade ***				
<12 meses	93,9	95,6	81,7	89,0
12-24 meses	0,7	0,5	8,3	4,0
25-36 meses	5,4	3,9	8,2	6,2
>36 meses	-	-	1,9	0,8
Cor da rede ***				
Branco	98,3	96,8	98,0	97,9
Azul	1,0	0,8	0,8	0,9
Verde	0,0	0,2	0,2	0,1
Outra cor	0,7	2,2	1,0	1,1
* Um mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) é um mosquiteiro tratado na fábrica que não necessita de qualquer tratamento posterior.				
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.5.14: Cuidados com os MTI

A Tabela A.5.14 descreve os cuidados com os MTI, de acordo com as características dos cuidados e da reutilização. Os resultados são desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.14: Cuidados com os MTI				
Cuidados com os MTI, por província Angola 2023				
	Cuanza Norte (N=2.147)	Lunda Sul (N=890)	Zaire (N=1.791)	Total (N=4.828)
% de MTIS alguma vez lavados	84,7	81,3	84,8	84,7
Onde (como) o mosquiteiro foi encontrado?				
Pendurado acima do lugar de dormir	84,3	90,3	91,1	88,3
Pendurado, dobrado e amarrado	10,3	6,8	5,4	7,6
Não pendurado	5,4	2,9	3,5	4,1
Produto utilizado para lavar os MTI				
Sabão	51,8	67,1	68,4	51,8
Sabão em pó/sabão líquido	10,9	1,4	3,8	10,9
Omo or lixívia	27,0	14,8	24,7	23,7
Outros	7,8	10,7	0,7	5,4
Nada	2,6	6,0	2,5	2,6
Onde os MTI foram secos				
À sombra	70	76,7	50,6	63,2
Ao sol	27,7	21,9	48,6	35,3
Outros	0,8	0,1	0,4	0,7

Tabela A.5.15: Cuidados e reaproveitamento de rede

A Tabela A.5.15 descreve as práticas de reaproveitamento da rede, de acordo com as características dos cuidados e do reaproveitamento. Os resultados são desagregados por província de estudo.

Tabela A.5.15: Cuidados e reaproveitamento de rede				
Cuidados e reutilização de MTIs por província, Angola 2023				
Acções de tratamento e reutilização da rede	Cuanza Norte (N=1,582)	Lunda Sul (N=1,193)	Zaire (N=1,486)	Total (N=4,261)
% de inquiridos que prestam cuidados líquidos	87,0	89,3	83,0	86,3
Enrolar ou atar quando não estiver a ser utilizado	46,2	59,5	30,7	44,9
Manusear as redes com cuidado	14,1	23,7	36,3	24,3
Lavar suavemente	15,6	13,0	16,4	15,1
% de inquiridos que reutilizam as redes que já não era útil para dormir debaixo dela	19,9	9,9	11,3	14,1
Acções específicas de reorientação	Cuanza Norte (N=297)	Lunda Sul (N=121)	Zaire (N=172)	Total (N=590)
Proteção das plântulas/culturas	39,6	41,7	56,0	44,5
Cortinas ou telas para janelas	5,2	10,0	1,8	5,2
Corda ou atadura	5,7	4,9	8,6	6,4
Outro objetivo	39,6	58,8	28,3	40,4

Tabela A.5.16: Utilização consistente da rede na semana anterior

A Tabela A.5.16 apresenta a percentagem de inquiridos que utilizaram um MTI todas as noites da semana anterior ao inquérito, de acordo com as características dos inquiridos.

Tabela A.5.16 Utilização consistente da rede na semana anterior				
Percentagem de inquiridos que usaram um MTI todas as noites da semana anterior ao inquérito, de acordo com as características dos inquiridos, Angola 2023				
Características	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.486)	Total (N=4.261)
Sexo			*	**
Feminino	74,3	61,0	68,2	68,5
Masculino	79,5	67,5	84,3	77,3
Idade	***	*		***
15-24	73,5	64,7	70,9	70,0
25-34	86,0	64,6	69,9	73,9
35-44	69,6	57,1	69,3	66,4
≥45	69,7	58,4	69,7	65,9
Residência				
Urbano	75,0	63,4	68,3	69,7
Rural	75,6	61,0	72,9	70,1
Educação	**	***		**
Primário não concluído	73,3	53,0	72,4	67,6
Primário	81,1	71,1	69,4	73,5
≥ Secundário	74,8	71,9	68,4	70,5
Quintil de riqueza		***	***	*
Mais baixo	73,7	42,0	83,6	69,3
Segundo	74,6	55,7	80,1	71,8
Médio	78,4	70,1	70,7	73,2
Quarto	74,5	68,0	69,9	70,1
Mais alto	76,1	63,7	61,6	64,6
Total (%)***	75,2	62,1	70,1	69,9
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.5.17: Resultados da regressão logística que explora os factores associados ao facto de dormir sob um MTI todas as noites

Tabela A.5.17: Resultados da regressão logística que explora os factores associados ao facto de dormir sob um MTI todas as noites			
Característica	% com utilização consistente da rede	aOR	IC 95%
Grupo etário, 25-34 como referência			
25-34 (Referência)	65,74	1,00	
15-24	63,40	0,50***	0,37-0,66
35-44	66,22	0,72	0,52-1,01
45 anos ou mais	68,34	0,64*	0,43-0,97
Religião			
Católico (Referência)	68,18	1,00	
Protestante	64,43	1,12	0,86-1,46
Outros	60,71	1,20	0,83-1,74
Província			
Cuanza Norte (Referência)	71,19	1,00	
Lunda Sul	62,14	0,92	0,64-1,32
Zaire	62,00	0,77	0,57-1,05
Sexo			
Homem (Referência)	69,67	1,00	
Feminino	64,71	0,64*	0,45-0,91
Nível de educação			
Primário não concluído (Referência)	63,52	1,00	
Primário	64,61	1,14	0,84-1,55
Secundário ou superior	70,53	0,70*	0,50-0,97
Situação socioeconómica			
Mais baixo (Referência)	63,64	1,00	
Segundo	69,55	0,66	0,44-1,00
Médio	65,63	0,83	0,54-1,28
Quarto	65,06	0,56**	0,36-0,86
Mais alto	63,12	0,37***	0,24-0,57
Residência			
Urbano (Referência)	62,44	1,00	
Rural	69,01	0,96	0,76-1,20
Atitudes favoráveis em relação aos MTI			
Não (Referência)	53,77	1,00	
Sim	70,00	1,33*	1,03-1,74
Conhecimento os MTI são um método de prevenção da malária			
Não (Referência)	56,36	1,00	

Sim	66,67	1,57**	1,14-2,16
Percepções de auto-eficácia total para utilizar os MTI			
Não (Referência)	50,43	1,00	
Sim	68,79	3,24***	2,52-4,16
MTI Utilização da norma comunitária descritiva			
Não (Referência)	61,57	1,00	
Sim	70,77	1,39**	1,11-1,75
Utilização de MTI norma comunitária injuntiva			
Não (Referência)	64,50	1,00	
Sim	69,21	0,97	0,74-1,29
Atitudes equitativas em termos de género relacionadas com os MTI			
Não (Referência)	63,73	1,00	
Sim	66,51	1,33*	1,06-1,67
Recuperação do slogan de campanha			
Não (Referência)	63,17	1,00	
Sim	77,67	1,32	0,95-1,83
Pseudo-R2	0,1120		
Número de observações	2.945		
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001			

Tabela A.5.18: Resultados da regressão logística que explora os factores associados a dobrar ou amarrar uma rede quando não está a ser utilizada

A.5.18. Resultados da regressão logística que explora os factores associados a dobrar ou amarrar uma rede quando não está a ser utilizada			
Característica	N (%)	aOR	IC 95%
Grupo etário, 25-34 como referência			
15-24 (Referência)	966 (28,7)	1,00	
25-34	970 (26,5)	1,19	0,96 - 1,48
35-44	654 (23,2)	1,20	0,93 - 1,54
45 anos ou mais	355 (29,2)	1,10	0,80 - 1,52
Província			
Cuanza Norte (Referência)	1.202 (15,1)	1,00	
Lunda Sul	603 (28,0)	1,85***	1,43 - 2,39
Zaire	1.140 (39,4)	2,78***	2,22 - 3,49
Sexo			
Homem (Referência)	543 (20,8)	1,00	
Feminino	2.402 (28,0)	1,22	0,95 - 1,57
Nível de educação			
Primário não concluído (Referência)	1.379 (18,9)	1,00	
Primário	838 (35,9)	1,12	0,89 - 1,40
Secundário ou superior	728 (32,2)	1,09	0,84 - 1,41
Situação socioeconómica			
Mais baixo (Referência)	551 (16,6)	1,00	
Segundo	592 (19,1)	1,27	0,93 - 1,73
Médio	579 (31,1)	1,39*	1,02 - 1,90
Quarto	574 (34,4)	1,56**	1,13 - 2,15
Mais alto	649 (30,3)	1,34	0,96 - 1,87
Residência			
Urbano (Referência)	2.033 (28,3)	1,00	
Rural	912 (24,8)	1,13	0,94 - 1,36
Atitudes favoráveis em relação aos cuidados com os MTI			
Não (Referência)	142 (25,2)	1,00	
Sim	2.803 (27,1)	1,74*	1,03 - 2,94
Percepções da gravidade da malária			
Não (Referência)	1.821 (24,6)	1,00	
Sim	1.124 (30,7)	1,20*	1,00 - 1,43
Percepções de suscetibilidade à malária			
Não (Referência)	1.231 (32,5)	1,00	
Sim	1.714 (22,7)	0,81*	0,68 - 0,97

Conhecimento: Os MTI são um método de prevenção da malária			
Não (Referência)	2.338 (25,6)	1,00	
Sim	607 (33,2)	1,05	0,79 - 1,41
Comunicação interpessoal sobre malária nos últimos 6 meses			
Não (Referência)	1.325 (21,0)	1,00	
Sim	1.620 (31,6)	0,95	0,76 - 1,19
Percepções da eficácia da resposta dos MTI			
Não (Referência)	500 (27,7)	1,00	
Sim	2.445 (26,8)	1,15	0,96 - 1,38
Percepções de auto-eficácia para utilizar os MTI			
Não (Referência)	1.556 (31,0)	1,00	
Sim	1.389 (22,5)	1,28	0,99 - 1,64
Utilização de MTI da norma comunitária descritiva			
Não (Referência)	2.370 (25,9)	1,00	
Sim	575 (31,9)	0,80*	0,67 - 0,95
Utilização de MTI norma comunitária injuntiva			
Não (Referência)	330 (13,6)	1,00	
Sim	2.615 (29,1)	0,94	0,75 - 1,17
Ouviu uma mensagem relacionada com a malária nos últimos seis meses			
Não (Referência)	2.016 (23,2)	1,00	
Sim	929 (34,9)	1,32**	1,09 - 1,60
Pseudo-R2	0,0570		
Número de observações	2.945		
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001			
N refere-se à frequência dos inquiridos em cada linha do grupo, enquanto (%) se refere à percentagem de cada linha que comunicou o comportamento ou intenção			

A.6 Consumo de meios de comunicação e exposição a mensagens

Esta subsecção do Anexo apresenta todos os quadros de dados relacionados com o consumo de meios de comunicação e exposição a mensagens sobre paludismo. Os quadros seguintes podem ter sido duplicados ou referenciados no corpo principal do relatório.

Tabela A.6.1: Audiência de rádio pelo menos uma vez por semana

A **Tabela A.6.1** descreve a distribuição dos ouvintes de rádio. Inclui dados de todos os inquiridos, bem como dos inquiridos em agregados familiares que possuem um rádio. Os dados apresentados nesta tabela estão desagregados por província.

Tabela A.6.1: Audiência de rádio pelo menos uma vez por semana								
Distribuição percentual da audiência de rádio pelo menos uma vez por semana entre todos os inquiridos e os inquiridos em agregados familiares com rádio, por província, Angola 2023								
Características	Cuanza Norte		Lunda Sul		Zaire		Total	
	Todos os inquiridos (N=1.582)	Inquiridos em agregados familiares com rádio (N=674)	Todos os inquiridos (N=1.193)	Inquiridos em agregados familiares com rádio (N=580)	Todos os inquiridos (N=1.486)	Inquiridos em agregados familiares com rádio (N=669)	Todos os inquiridos (N=4.261)	Inquiridos em agregados familiares com rádio (N=1.923)
Sexo			**				**	
Feminino	33	72,3	53,8	90,7	67,6	90,1	51,2	86,8
Masculino	46,4	75,3	47,5	90,7	62,1	93,7	50,7	86,6
Idade	**	*	***	*	***	*	***	**
15–24	42	64,1	58,8	90,1	73,9	95	57,4	87
25–34	38,3	85,2	59,2	87,5	71	91,3	56,9	89,1
35–44	21,6	64,3	56,6	95,7	59,3	85,3	43,4	84,2
45 +	33,7	80,5	26,6	90,5	43,8	79,2	33,4	83,2
Residência								
Urbano	38,1	72,9	52,5	92,7	71,1	90,4	53,8	87,8
Rural	30,5	72,9	53,4	87,5	59,9	90,7	46,7	85
Educação	***	**	***	***	***	***	***	***
Primário não concluído	24,1	62,3	30	82,5	38,6	72,2	28,7	71,5
Primário	51,6	81,3	58,7	92,2	70,5	92,5	62,2	90,1
≥ Secundário	63,9	84,3	88,1	94,1	86,5	96,2	82,9	94
Quintil de riqueza	***	***	***	**	***	***	***	***
Mais baixo	12,5		21,1	49	9,3		14	42,9
Segundo	35,1	71,6	18,7	97,7	21,2	57,9	27,5	72,4
Médio	43	61,7	42,7	85,7	61,4	85,4	49,5	76,8
Quarto	54,8	77,2	77,4	90,9	82,8	89,1	74,7	87,6
Mais alto	74,5	84,5	91,6	93,3	85,3	94,9	85,1	93,2
Total (%)	35,1	72,9	52,8	90,7	67,1	90,5	51,1	86,8

Tabela A.6.2: Hora preferida para ouvir rádio

A Tabela A.6.2 resume a hora preferida dos inquiridos para ouvir rádio. Inclui dados por província de estudo, sexo do inquirido, idade do inquirido, nível de educação do inquirido e quintil de riqueza do agregado familiar. Os dados apresentados nesta tabela são desagregados por determinadas horas em que se pode ouvir rádio.

Tabela A.6.2: Hora preferida para ouvir rádio						
Hora preferida para ouvir rádio, Angola 2023 (N=2.441)						
Características	De manhã cedo	Fim da manhã	Tarde	No início da noite	Fim da noite	Noite
Província	**	***	**	***	***	**
Cuanza Norte	21,5	14,4	32,3	18,5	11,8	1,5
Lunda Sul	36,3	26,8	17,2	10,5	8,8	0,4
Zaire	20,9	21,1	14,1	23,8	17,9	2,2
Sexo		***	***			*
Feminino	25,7	24,5	20,3	16,6	11,9	1
Masculino	33	8,2	23,6	18,4	14,6	2,2
Idade	*	**				
15-24	27,2	19,8	21	19	11,8	1,1
25-34	26,1	33,7	15,3	13,6	10,1	1,3
35-44	30,5	13,7	24,2	18,4	11,2	1,9
≥45	24,7	11	27,5	16,4	19,9	0,6
Residência						
Urbano	26,2	21,4	24,2	14,3	12,7	1,1
Rural	28,8	21,1	15,5	21,4	11,8	1,5
Educação			*			
Primário não concluído	23,5	18,6	24,5	18,3	13,6	1,5
Primário	26,1	24,9	15,9	16,1	16,2	0,7
≥ Secundário	32,1	21,7	20,6	15,9	8,3	1,3
Quintil de riqueza						
Mais baixo	30,7	13,6	28,8	16,9	8,7	1,3
Segundo	17,2	25,5	26,7	16	13,8	0,9
Médio	28,2	15,9	24	14,3	15,9	1,7
Quarto	26,6	26	12,8	19,8	14,1	0,7
Mais alto	30,3	21,8	20,4	16,8	9,2	1,6
Total (%)	27,2	21,3	21	16,9	12,4	1,3
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001						

Tabela A.6.3: Assistência à televisão pelo menos uma vez por semana

A **Tabela A.6.3** descreve a distribuição dos ouvintes de televisão. Inclui dados de todos os inquiridos, bem como dos inquiridos em agregados familiares que possuem uma rádio. Os dados apresentados nesta tabela estão desagregados por província.

Tabela A.6.3: Audiência de televisão pelo menos uma vez por semana								
Distribuição percentual da audiência de televisão pelo menos uma vez por semana entre todos os inquiridos e os inquiridos em agregados familiares com televisão, por província, Angola 2023								
Características	Cuanza Norte		Lunda Sul		Zaire		Total	
	Todos os inquiridos (N=1.582)	Inquiridos em agregados familiares com televisão (N=290)	Todos os inquiridos (N=1.193)	Inquiridos em agregados familiares com televisão (N=153)	Todos os inquiridos (N=1.486)	Inquiridos em agregados familiares com televisão (N=157)	Todos os inquiridos (N=4.261)	Inquiridos em agregados familiares com televisão (N=600)
Sexo			**				**	
Feminino	33	72,3	53,8	90,7	67,6	90,1	51,2	86,8
Masculino	46,4	75,3	47,5	90,7	62,1	93,7	50,7	86,6
Idade	**	*	***	*	***	*	***	**
15-24	42	64,1	58,8	90,1	73,9	95	57,4	87
25-34	38,3	85,2	59,2	87,5	71	91,3	56,9	89,1
35-44	21,6	64,3	56,6	95,7	59,3	85,3	43,4	84,2
≥45	33,7	80,5	26,6	90,5	43,8	79,2	33,4	83,2
Residência								
Urbano	38,1	72,9	52,5	92,7	71,1	90,4	53,8	87,8
Rural	30,5	72,9	53,4	87,5	59,9	90,7	46,7	85
Educação	***	**	***	***	***	***	***	***
Primário não concluído	24,1	62,3	30	82,5	38,6	72,2	28,7	71,5
Primário	51,6	81,3	58,7	92,2	70,5	92,5	62,2	90,1
≥ Secundário	63,9	84,3	88,1	94,1	86,5	96,2	82,9	94

Quintil de riqueza	***	***	***	**	***	***	***	***
Mais baixo	12,5		21,1	49	9,3		14	42,9
Segundo	35,1	71,6	18,7	97,7	21,2	57,9	27,5	72,4
Médio	43	61,7	42,7	85,7	61,4	85,4	49,5	76,8
Quarto	54,8	77,2	77,4	90,9	82,8	89,1	74,7	87,6
Mais alto	74,5	84,5	91,6	93,3	85,3	94,9	85,1	93,2
Total (%)	35,1	72,9	52,8	90,7	67,1	90,5	51,1	86,8
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001								

Tabela A.6.4: Hora preferida para ver televisão

A Tabela A.6.4 resume a hora preferida dos inquiridos para ver televisão. Inclui dados por província de estudo, sexo do inquirido, idade do inquirido, nível de educação do inquirido e quintil de riqueza do agregado familiar. Os dados apresentados nesta tabela são desagregados por determinadas horas em que se pode ver televisão.

Tabela A.6.4: Hora preferida para ver televisão						
Hora preferida para ver televisão, Angola 2023 (N=621)						
Características	De manhã cedo	Fim da manhã	Tarde	No início da noite	Fim da noite	Noite
Província	***	***	***	***	***	*
Cuanza Norte	10	9,7	26,5	30,7	21,1	1,9
Lunda Sul	10,1	11,1	10	30,5	37	1,4
Zaire	4,9	6,1	10,9	40,7	37	0,5
Sexo		***		***	***	***
Feminino	7,8	9,8	13,5	37	31,1	0,9
Masculino	8,2	1,2	20,1	21,8	46	2,7
Idade					*	
15-24	6,9	9,4	15,9	34,3	32,5	1
25-34	7,9	8,2	14	36,6	32,6	0,8
35-44	10,2	9,6	12,3	35,6	30,9	1,5
≥45	6,7	4,9	13,5	30	42,9	2
Residência	*	*				
Urbano	6,2	10,3	16,1	35,5	31,1	0,8
Rural	10,8	5,4	11,3	33,8	37,1	1,7
Educação						*
Primário não concluído	6,7	11	16,5	33,7	30,2	1,9
Primário	8	5,8	13,9	39,1	32,9	0,3
≥ Secundário	8,6	9,1	13,2	32,3	35,6	1,2
Quintil de riqueza	***			**	*	*
Mais baixo	12,8	24,9	22,6	15,9	23,1	0,7
Segundo	6,3	4	13,8	49	24,2	2,7
Médio	8,2	6,4	13,8	41,7	28,8	1
Quarto	8,2	4,8	16,6	27,3	42	1,1
Mais alto	7,1	12,9	11,8	35,2	32,3	0,7
Total (%)	7,8	8,6	14,4	34,9	33,1	1,1
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001						

Tabela A.6.5: Propriedade de telemóvel ou tablet

A **Tabela A.6.5** descreve a distribuição da posse de telemóveis ou tablets por características sociodemográficas dos inquiridos, incluindo o sexo do participante, grupo etário, residência, nível de educação e quintil de riqueza do agregado familiar. Os dados apresentados são desagregados por província.

Tabela A.6.5: Propriedade de telemóvel ou tablet				
Distribuição percentual da posse de telemóvel ou tablet entre todos os inquiridos por província, Angola 2023				
Características	Cuanza Norte (N=1.582)	Lunda Sul (N=1.193)	Zaire (N=1.772)	Total (N=5.484)
Sexo	***	***	***	***
Feminino	17,1	38,3	45,2	33,1
Masculino	45,3	47,1	56,8	48,8
Idade	*	*	***	***
15-24	14	30,1	40	27,3
25-34	25	48,8	58,3	44,5
35-44	27,5	40,6	40,7	35,4
≥45	24,3	45,6	37,8	36
Residência			**	*
Urbano	21	41,6	52,3	37,9
Rural	22,2	36,5	35,8	30,8
Educação	***	***	***	***
Primário não concluído	13,7	23	20	17,7
Primário	25,7	33,7	45	36,7
≥ Secundário	56	72,3	69,7	68,1
Quintil de riqueza	***	***	***	***
Mais baixo	3,9	2,3	6	3,8
Segundo	21,4	20,3	25,9	22
Médio	28,7	35,3	27,2	30,4
Quarto	51,2	51,2	61,1	55,7
Mais alto	33,3	76,9	61,9	60,8
Total (%)	21,5	39,7	46,4	35,2
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001				

Tabela A.6.6: Exposição a mensagens sobre a malária

A **Tabela A.6.6** descreve a percentagem de inquiridos que foram expostos a mensagens sobre a malária, especificamente através da identificação de um logótipo da campanha ZMCC e completando o slogan Zero Malária Começa Comigo. Os dados apresentam taxas de exposição por características sociodemográficas dos participantes, incluindo sexo, grupo etário, residência, nível de educação e quintil de riqueza do agregado familiar. São desagregados por província de estudo.

Tabela A.6.6 Exposição a mensagens sobre a malária								
Distribuição percentual da exposição a mensagens entre todos os inquiridos por Província, Angola 2023								
Características	O participante viu ou ouviu uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses	O participante pode completar um slogan de campanha	O participante viu ou ouviu uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses	O participante pode completar um slogan de campanha	O participante viu ou ouviu uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses	O participante pode completar um slogan de campanha	O participante viu ou ouviu uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses	O participante pode completar um slogan de campanha
Sexo		***			**		***	***
Feminino	28,7	12	23,1	21,4	27,4	16,1	26,6	16,1
Masculino	45,1	27	25,4	21,1	40,4	13,2	37,4	21,6
Grupo Etário			***		**	**	***	*
15–24	27,5	13,1	21,7	23,7	26,6	18	25,5	17,8
25–34	32,8	17,5	21,2	22,2	32,7	15,8	29,9	17,9
35–44	30,4	10,7	20	19,4	28,9	16,8	27	15,1
45 +	40,5	18	34,5	17,7	20,9	5,6	33,2	14,8
Residência								
Urbana	31,8	13,8	23,8	22,7	30	19	28,9	18,2
Rural	30,3	15,2	22,9	19,1	26,2	10	26,8	14,6
Educação	***	***	***	***	***	***	***	***
Primário não concluído	25,2	8,9	14,5	12,5	19	3,9	20,8	9,1
Primário	38,8	21,3	29,9	26,2	26,4	20,6	30,9	22

≥ Secundário	49,5	30,7	34,5	33,3	39,3	20,1	39,5	26,6
Quintil de riqueza	***	***	***	***	***	*	***	***
Mais baixo	24,1	9	12,1	4,4	13	5,3	20,1	7,6
Segundo	36,5	13,7	13,8	17,7	21,1	10	26,7	14,1
Médio	38,8	15,1	28,4	21	27,2	21,7	31,1	19,5
Quarto	34,1	22,2	24	24,2	35,4	15,5	31,5	19,8
Mais alto	27,7	22,9	34,5	34,3	29,9	16,5	30,8	22,7
Total (%)	31,2	14,3	23,5	21,4	28,7	15,8	28,1	16,9
Notas: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001								

Anexo B: Glossário de Termos de MBS

- **O conhecimento sobre a malária** é a consciência de conhecimentos específicos relacionados com a malária
 - **Conhecimentos sobre a malária:** Conhecimento de todos os seguintes aspectos: febre como principal sintoma, a malária é causada por mosquitos e uma medida de prevenção da malária
 - **Conhecimentos sobre a procura de cuidados para o tratamento da febre e da malária:** Conhecimento de todos os seguintes aspectos: ACT é o medicamento para tratar a malária, procurar cuidados no mesmo dia ou no dia seguinte depois de uma criança com menos de 5 anos ter febre, as análises ao sangue são a melhor forma de detetar a malária e as unidades de saúde são o melhor local para ir se alguém tiver malária
 - **Conhecimentos sobre o TIP:** Conhecimento de todos os seguintes aspectos: as mulheres devem fazer CPN durante o primeiro trimestre, as mulheres devem receber pelo menos 4 consultas de CPN, as mulheres devem receber TIP pelo menos três vezes durante a gravidez
 - **Conhecimentos sobre a prevenção da malária através da utilização de MTI:** conhecimento de que os MTI protegem contra a malária
- **A suscetibilidade percebida da malária** é a crença de que se é suscetível de ser afetado pela malária.
- **A percepção da gravidade da malária** é a percepção de que as consequências da malária são graves.
- **A percepção da gravidade da malária** é a percepção de que as consequências da malária em geral são graves para si próprios e para a sua comunidade.
 - **A percepção da gravidade da malária na gravidez** é a percepção de que as consequências da doença são especialmente graves nas mulheres grávidas.
- **A percepção da eficácia da resposta** é a convicção de que as ações recomendadas (por exemplo, procura rápida de cuidados, utilização e cuidado de MTIs, adoção de TIP) ajudarão uma pessoa a evitar ou minimizar a ameaça da malária.
 - **Eficácia percebida da resposta ao teste da malária:** Crença de que uma análise de sangue para a malária é eficaz no diagnóstico da malária
 - **Eficácia de resposta percebida do tratamento da malária:** Crença de que os medicamentos contra a malária obtidos num estabelecimento de saúde são eficazes no tratamento da malária
 - **Eficácia de resposta percebida de TIP e CPN:** crença de que TIP e CPN são eficazes na prevenção da malária na gravidez
 - **Eficácia de resposta percebida dos MTIs:** Crença de que os MTIs previnem eficazmente a malária se forem usados corretamente

- **A auto-eficácia percebida** é uma crença na capacidade de um indivíduo para tomar medidas relacionadas com a redução da malária.
 - **Auto-eficácia percebida para o teste e tratamento da malária:** A crença na capacidade de um indivíduo para tomar medidas para que o seu filho seja testado e tratado da malária de forma rápida e eficaz.
 - **Auto-eficácia percebida para o CPN e TIP, mulheres:** A crença das participantes do sexo feminino na sua capacidade de tomar medidas para ir as CNP e receber TIP.
 - **Auto-eficácia percebida para o CPN e TIP, homens:** A crença dos participantes do sexo masculino na sua capacidade de tomar medidas para apoiar a sua cónyuge a frequentar as CNP e a receber TIP.
 - **Auto-eficácia percebida para usar MTIs:** A crença na capacidade de um indivíduo para tomar medidas para utilizar as suas redes mosquiteiras de forma eficaz e consistente.
- **Atitudes favoráveis**
 - **Atitudes em relação à procura de cuidados e tratamento da malária:** Crenças favoráveis relacionadas com a procura de cuidados para a febre e medicamentos contra a malária fornecidos pelas **unidades** de saúde
 - **Atitudes em relação à malária na gravidez:** Crenças favoráveis relacionadas com a adoção de TIP e a frequência de CPN.
 - **Atitudes em relação aos MTI:** Crenças favoráveis relacionadas com a utilização consistente de mosquiteiros
 - **Atitudes em relação aos cuidados com os MTI:** Crenças favoráveis relacionadas com o cuidado e manutenção adequados dos mosquiteiros
- **As normas descritivas** são as percepções do que fazem as outras pessoas que vivem na comunidade inquirida.
 - **Normas descritivas sobre a procura rápida de cuidados para a febre:** Percepção de que a maioria dos membros da comunidade procura prontamente cuidados para os seus filhos com febre
 - **Normas descritivas sobre a procura de cuidados adequados para a febre:** Percepção de que a maioria dos membros da comunidade procura cuidados numa unidade de saúde para os seus filhos com febre
 - **Normas descritivas em torno das CPN** Percepção de que a maioria das mulheres grávidas da comunidade procura CPN
 - **Normas descritivas sobre a adoção de SP** Percepção de que a maioria dos membros da comunidade grávidas recebe TIP
 - **Normas descritivas sobre a utilização consistente de MTIs** Percepção de que a maioria dos membros da comunidade dorme debaixo de uma rede mosquiteira todas as noites
- **As normas coercivas** são as percepções dos comportamentos que seriam aprovados ou desaprovados pelos outros.

- **Normas de injunção em torno da procura de cuidados imediatos para a febre:**
Perceção de que menos de metade dos membros da comunidade refutariam a procura de cuidados imediatos para uma criança com menos de cinco anos com febre
- **Normas de injunção em torno da adoção de SP:** Perceção de que menos de metade dos membros da comunidade desaprovava o facto de uma mulher grávida tomar TIP.
- **Normas coercivas sobre o uso consistente de MTIs:** Perceção de que menos de metade dos membros da comunidade refutariam o uso consistente de mosquiteiros.
- **A comunicação interpessoal sobre malária** é a discussão com outras pessoas sobre tópicos relacionados com a malária (por exemplo, prevenção, procura de cuidados e tratamento).
 - **Comunicação interpessoal sobre a malária com o cônjuge:** Discussão sobre malária com o cônjuge nos últimos 6 meses
Comunicação interpessoal sobre a malária com amigos ou familiares: Discussão sobre a malária com um amigo ou familiar nos últimos 6 meses
 - **Comunicação interpessoal sobre cuidados pré-natais:** Discussão sobre a ida à CPN com o cônjuge durante a última gravidez
- A participação **na tomada de decisões** é o envolvimento ativo de uma pessoa em decisões relacionadas com a malária.
 - **Tomada de decisão relativamente à procura de cuidados imediatos para a febre:** A decisão de procurar cuidados para uma criança com menos de cinco anos com febre é tomada em conjunto com o cônjuge ou apenas pelo inquirido.
 - **Tomada de decisão relativamente à compra de medicamentos para a febre:** A decisão de pagar o tratamento da malária para uma criança com menos de cinco anos é tomada em conjunto com o cônjuge ou apenas pelo inquirido.
 - **Tomada de decisão relativamente aos cuidados pré-natais:** A decisão de frequentar as CPN é tomada em conjunto com o cônjuge ou apenas pelo inquirido.
- **Normas e atitudes de género**
 - **Atitudes equitativas de género relacionadas com a procura de cuidados para a febre:**
Quando não há dinheiro suficiente para procurar cuidados para todas as crianças, o inquirido não toma a decisão de procurar cuidados para uma criança febril com base no sexo da criança.
 - **Atitudes equitativas de género relacionadas com os cuidados pré-natais:** O inquirido considera que os cônjuges masculinos devem acompanhar as suas mulheres grávidas às CPN.
 - **Atitudes equitativas de género relacionadas com a utilização de MTI** Quando não há mosquiteiros suficientes, o inquirido não toma decisões sobre a utilização de mosquiteiros com base no género da criança.
- **Percepções dos profissionais de saúde**

- **Percepções gerais em relação aos profissionais de saúde:** Percepção de que os profissionais de saúde tratam os seus pacientes com respeito
- **Percepções em relação às unidades de saúde no que respeita à procura de cuidados para o tratamento da febre e da malária:** Percepção de que as unidades de saúde têm sempre os testes e os medicamentos para a malária
- **Percepções em relação aos profissionais de saúde no que respeita à procura de cuidados para o tratamento da febre e da malária:** Percepções de que os profissionais de saúde fornecem testes e tratamento adequados para a malária
- **Percepções dos profissionais de saúde em relação à TIP:** Percepções de que os profissionais de saúde fornecem CPN adequadas.